

¿QUÉ SON EL TRASTORNO DE PÁNICO Y LA AGORAFOBIA?



DATOS ESENCIALES • SÍNTOMAS • FAMILIAS • TRATAMIENTOS



Mental Illness Research, Education, and Clinical Center
VA Desert Pacific Healthcare Network
Long Beach VA Healthcare System
Education and Dissemination Unit 06/116A
5901 E. 7th Street / Long Beach, CA 90822

datos esenciales

El trastorno de pánico y la agorafobia son dos trastornos psiquiátricos separados que a menudo ocurren juntos. El trastorno de pánico se caracteriza por ataques de pánico recurrentes y a veces inesperados. Un ataque de pánico, o respuesta de “lucha o huida”, es una oleada repentina de ansiedad intensa con síntomas como ritmo cardíaco acelerado, dificultad para respirar, entumecimiento u hormigueo y/o temor de morir. Los ataques de pánico generalmente alcanzan su punto máximo en unos minutos, pero las personas que los sufren a veces continúan sintiéndose ansiosas o exhaustas después de que ocurre uno. En algunos casos, las personas con trastorno de pánico experimentan ataques de pánico nocturnos que los hacen despertar cuando duermen. Es común que las personas con trastorno de pánico se preocupen por tener otro ataque de pánico y que como resultado modifiquen su comportamiento y comiencen a evitar personas, lugares o cosas que asocian con los ataques.



La palabra agorafobia significa literalmente “miedo a los espacios amplios y abiertos”. Sin embargo, las personas con un diagnóstico de agorafobia también pueden tener miedo o ansiedad extrema de otros tipos de situaciones, como estar fuera de su hogar solos o estar en una multitud. Las personas con agorafobia a menudo tratan de evitar estas situaciones que les causan temor debido a sus altos niveles de ansiedad. Si no es posible evitar estas situaciones, deben estar acompañados por otra persona y/o soportar las situaciones que les ocasionan ansiedad extrema. Estas situaciones a menudo se evitan por temor a sufrir un ataque de pánico. Así, muchas personas con un diagnóstico de agorafobia también tienen un diagnóstico de trastorno de pánico.

Es común que las personas con trastorno de pánico se preocupen por tener otro ataque de pánico y que como resultado modifiquen su comportamiento, incluyendo a evitar personas, lugares o cosas que asocian con los ataques.

Prevalencia

Casi el 5% de las personas en los Estados Unidos padecerán de trastorno de pánico en algún momento de su vida, y es aproximadamente el doble de común en las mujeres. Se estima que aproximadamente de un cuarto a un tercio de la población experimentará síntomas de pánico en algún momento de su vida, pero estos síntomas subclínicos nunca progresarán a la gravedad completa del trastorno de pánico. Sin embargo, los síntomas subclínicos de pánico a menudo se asocian con un alto grado de angustia. La prevalencia de la agorafobia es similar a la del trastorno de pánico. Aproximadamente el 5% de las personas la padecerán en algún momento de su vida.

Casi el 5% de las personas en los Estados Unidos padecerán de trastorno de pánico en algún momento de su vida, y es aproximadamente el doble de común entre las mujeres.

Causas

Trastorno de pánico: Hay varios factores que contribuyen al desarrollo del trastorno de pánico, incluidos los antecedentes genéticos y familiares del trastorno de pánico u otros trastornos de ansiedad o estado de ánimo, factores biológicos, factores psicológicos y de personalidad, y eventos estresantes de la vida y

factores de estrés ambientales.

Aunque se desconoce mucho sobre el papel de los genes en el desarrollo del trastorno de pánico, la investigación genética sobre el trastorno de pánico indica que es probable que haya múltiples genes involucrados. El pánico y otros trastornos de ansiedad tienden a aparecer en familias, dando apoyo a las hipótesis genéticas. Además de los factores genéticos, otros factores de riesgo deben estar presentes para que alguien pueda desarrollar un trastorno de pánico. Por ejemplo, muchos científicos creen que existe una contribución biológica al desarrollo y el mantenimiento del trastorno de pánico, como un desequilibrio en las sustancias químicas del cerebro, específicamente GABA, serotonina y norepinefrina. Otros creen que el trastorno de pánico se asocia con una sensibilidad a los cambios en los niveles de

dióxido de carbono del cuerpo. Ciertas condiciones médicas, como el asma y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), se asocian con un mayor riesgo de sufrir de trastorno de pánico, aunque muchas personas con trastorno de pánico no tienen problemas médicos significativos.

El estilo de la personalidad y los factores de riesgo psicológicos también pueden contribuir al desarrollo del trastorno de pánico. Específicamente, dos de los factores de riesgo de personalidad más notables para el trastorno de pánico son una tendencia a experimentar emociones negativas y altos niveles de sensibilidad a la ansiedad. Las personas con sensibilidad a la ansiedad tienen una tendencia a malinterpretar los síntomas de ansiedad como peligrosos (por ejemplo, piensan que tener el corazón acelerado significa que van a sufrir de un ataque cardíaco). También tienden a ser más conscientes de las sensaciones corporales que las personas que no tienen sensibilidad a la ansiedad alta. Esta hiperconciencia, combinada con la interpretación errónea del significado de los síntomas, hace que una persona sea vulnerable a tener ataques de pánico en primer lugar, y después a tener ataques continuos y los cambios de comportamiento relacionados.

Los eventos estresantes de la vida y los factores ambientales a menudo también contribuyen al desarrollo del trastorno de pánico. Estos factores pueden incluir la pérdida, el trauma, un historial extenso de enfermedades durante la niñez o eventos estresantes en la vida adulta. Estos pueden ser eventos negativos como la muerte de un ser querido, un divorcio, el estrés financiero o la pérdida de un empleo. También pueden ser eventos positivos importantes de la vida, como casarse, tener un bebé u obtener un ascenso en el trabajo.

Agorafobia: Las causas de la agorafobia son muy similares a las descritas para el trastorno de pánico, y es probable que los factores de estrés genéticos, biológicos, de la personalidad y ambientales también todos desempeñen un papel en el desarrollo del trastorno. Para aquellos que desarrollan agorafobia después de tener ataques de pánico, la razón de evitar ciertas situaciones suele ser el miedo a entrar en pánico en esas situaciones.

Hay varios factores que contribuyen al desarrollo del trastorno de pánico y la agorafobia, incluidos los antecedentes genéticos y familiares del trastorno de pánico u otros trastornos de ansiedad o estado de ánimo, factores biológicos, factores psicológicos y de personalidad, y eventos estresantes de la vida y factores de estrés ambientales.

El trastorno de pánico y la agorafobia no se pueden diagnosticar con un análisis de sangre, una tomografía axial computarizada (TAC) o cualquier otra prueba de laboratorio. La única forma de diagnosticar estos trastornos es con una entrevista clínica completa. Una evaluación médica también es importante para descartar las causas médicas subyacentes de los síntomas.

Trastorno de Pánico:

Para tener un diagnóstico de trastorno de pánico, la persona debe tener ataques de pánico recurrentes, y al menos algunos de ellos deben ser inesperados (es decir, deben ocurrir de la nada). Un ataque de pánico es una oleada repentina de ansiedad intensa que alcanza su punto máximo en minutos y se caracteriza por al menos 4 de los siguientes síntomas:

- 1) Palpitaciones del corazón o aumento de la frecuencia cardíaca
- 2) Sudoración
- 3) Temblores o sacudidas
- 4) Falta de aliento o sensación sofocantes
- 5) Sensación de asfixia
- 6) Dolor o malestar en el pecho
- 7) Náusea o malestar abdominal
- 8) Mareos, aturdimiento o desmayos
- 9) Escalofríos o sensaciones de calor
- 10) Entumecimiento u hormigueo
- 11) Sentimientos de irrealidad o de desapego de uno mismo
- 12) Miedo a perder el control o "volverse loco"
- 13) Miedo de morir

Además, una persona debe experimentar al menos una de las siguientes situaciones durante un mes o más:

- 1) Preocupación o inquietud constante por tener más ataques de pánico o sobre las consecuencias de los ataques (como volverse loco, perder el control o tener un ataque al corazón).
- 2) Un cambio de comportamiento significativo e inadecuado relacionado con los ataques, como evitar ciertas situaciones o actividades (por ejemplo, evitar las multitudes o hacer ejercicio).

El médico o clínico debe verificar que estos ataques no fueron el resultado de los efectos de una sustancia u otra condición médica, como el hipertiroidismo o el asma. El trastorno de pánico podría no ser diagnosticado si los síntomas se deben a una condición médica subyacente. Además, los ataques de pánico pueden ocurrir en otros trastornos psiquiátricos, en cuyo caso el otro trastorno podría diagnosticarse en lugar de un trastorno de pánico. Por ejemplo, si alguien solo sufre ataques de pánico en situaciones sociales que causan temor, como hablar en público o hablar con personas desconocidas, se les puede diagnosticar un trastorno de ansiedad social. Si una persona solo tiene ataques de pánico cuando se enfrenta a un tipo de miedo muy específico, como a las alturas, volar, arañas o sangre, puede recibir un diagnóstico de fobia específica. Los ataques de pánico también se observan en otros trastornos, como el trastorno de estrés postraumático y el trastorno de ansiedad generalizada.

Agorafobia:

Para recibir un diagnóstico de agorafobia, una persona debe mostrar altos niveles de miedo o ansiedad en al menos dos de las siguientes situaciones, durante al menos seis meses o más:

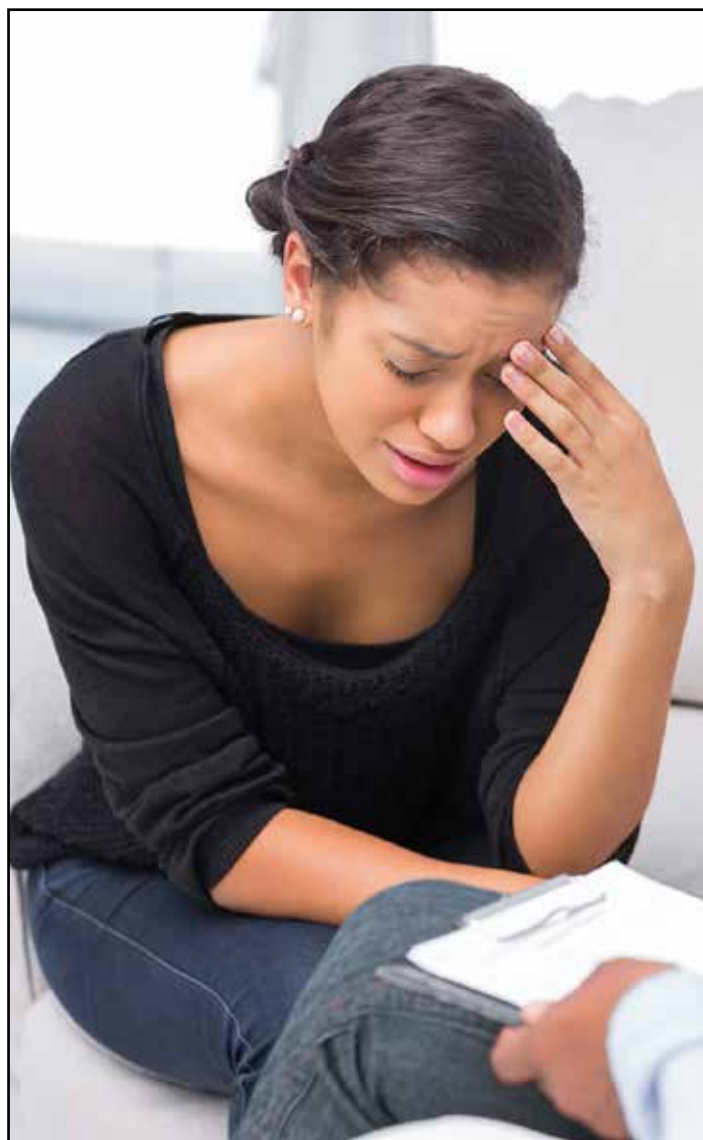
- 1) Utilizar el transporte público
- 2) Estar en espacios abiertos, como parques o puentes
- 3) Estar en lugares cerrados, como teatros o tiendas
- 4) Estar en una multitud o hacer fila
- 5) Estar fuera de casa solo

Una persona con un diagnóstico de agorafobia teme o evita estas situaciones porque le preocupa no poder escapar de ellas. Otros temen que no podrán recibir ayuda si presentan síntomas de pánico u otros síntomas incapacitantes o embarazosos (como el miedo a la incontinencia o el temor a caerse en las personas

mayores). Esas situaciones casi siempre causan miedo o ansiedad a las personas con agorafobia, y sus temores están fuera de proporción en comparación con el peligro real que implicaría el enfrentarse a estas situaciones. El temor o el evitar situaciones deben causar una angustia o deterioro significativos en las principales áreas de funcionamiento para recibir un diagnóstico de agorafobia. Si una persona evita estas situaciones debido a preocupaciones relacionadas con una condición de salud, la ansiedad y la evitación deben ser claramente excesivas.

Finalmente, para recibir un diagnóstico de agorafobia, el médico o clínico debe determinar que los síntomas no se explican o relacionan mejor con otro diagnóstico de salud mental. Por ejemplo, si la persona solo evita las situaciones sociales, podría recibir un diagnóstico de ansiedad social. Si evitan los lugares que les recuerdan un evento traumático, se podría diagnosticar un trastorno de estrés postraumático. Otros trastornos asociados con la evitación, como la depresión severa, las fobias específicas y el trastorno de ansiedad por separación, pueden diagnosticarse en lugar de agorafobia si los síntomas de la persona se explican mejor por estos trastornos.

La única forma de diagnosticar estos trastornos es con una entrevista clínica completa. Una evaluación médica también es importante para descartar las causas médicas subyacentes de los síntomas.



desarrollo de la enfermedad

Trastorno de Pánico:

La edad promedio del inicio del trastorno de pánico es de principios a mediados de los 20s, aunque podría comenzar tan temprano como en la adolescencia. Es menos común que el trastorno de pánico inicie después de los 45 años de edad. En general, la prevalencia del trastorno de pánico disminuye significativamente entre los adultos mayores de 65 años. El curso del trastorno de pánico sin tratamiento varía según la persona, ya que algunas tienen síntomas más persistentes, mientras que otras experimentan episodios que pueden aparecer y desaparecer. A menudo, las personas que tienen trastorno de pánico también experimentan otros trastornos psiquiátricos coexistentes, como la depresión y otros trastornos de ansiedad. Incluso los individuos que padecen de ataques de pánico subclínicos tienen índices más altos de presentar trastornos psiquiátricos concomitantes en comparación con aquellos sin síntomas de pánico.

Agorafobia:

Entre un tercio y la mitad de las personas tendrán ataques de pánico antes del inicio de la agorafobia; la edad promedio de inicio para esas personas es en los últimos años de la adolescencia. Para las personas que no padecen de ataques de pánico antes del inicio de la agorafobia, la edad promedio de inicio es más tarde, de mediados a finales de los 20s. Mientras que la mayoría de las personas desarrolla el trastorno a una edad más temprana, un tercio de ellas tendrá un inicio después de los 40 años de edad. La agorafobia tiende a ser una enfermedad crónica si no se trata. La mayoría de las personas con agorafobia también tienen trastornos psiquiátricos coexistentes, como trastornos de ansiedad, del estado de ánimo y/o del uso de sustancias.

El curso del trastorno de pánico sin tratamiento varía según la persona, ya que algunas tienen síntomas más persistentes, mientras que otras experimentan episodios que pueden aparecer y desaparecer. Entre un tercio y la mitad de las personas tendrán ataques de pánico antes del inicio de la agorafobia.

cómo pueden ayudar los familiares

Los familiares de las personas con trastorno de pánico y/o agorafobia pueden apoyar la recuperación de sus familiares de muchas maneras. Es importante que una persona que padece de trastorno de pánico visite al médico para recibir una evaluación completa. Si es posible, los miembros de la familia también pueden ayudar a responder preguntas y brindar apoyo. Si se recetan medicamentos, los familiares pueden brindar apoyo al paciente para que los tome regularmente. Los familiares también pueden ayudarlo a ir a las citas de psicoterapia dándole recordatorios y ofreciéndole transporte a la clínica.

Si la persona con trastorno de pánico y/o agorafobia está en terapia, podría ser útil que sus familiares hablen con el terapeuta para obtener información específica sobre la enfermedad y cómo pueden brindarle apoyo. La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) incluye asignaciones o tareas, y los familiares pueden alentar a sus familiares a participar en ellas y ofrecerles ayuda, si es relevante. Por ejemplo, los familiares pueden ayudar a reforzar el concepto de que los ataques de pánico no son peligrosos y trabajar con su familiar para considerar pensamientos alternativos sobre los ataques que no le causen temor. Si la persona participa en actividades de relajación o conciencia plena como parte del tratamiento, sus familiares pueden ayudar dándole el tiempo y el espacio para que realice dichas actividades en el hogar.

Los estudios han demostrado que la terapia de exposición

asistida por un compañero ayuda a reducir los síntomas de pánico y agorafobia. Los miembros de la familia pueden fomentar la práctica de la exposición con sus familiares. Si hay actividades que la persona está evitando por completo, los miembros de su familia pueden ofrecerse a acompañarla inicialmente a ellas, con el objetivo de que la persona finalmente participe en esas actividades por sí sola.

Por último, los miembros de la familia pueden proporcionar apoyo emocional. Algunos aspectos del trastorno de pánico y la agorafobia pueden ser muy frustrantes para los familiares de la persona que los padece. Por ejemplo, una persona con estos trastornos puede evitar hacer planes, cancelar en el último momento por temor a sufrir un ataque de pánico, preguntar frecuentemente si sus síntomas son peligrosos o no, o tener dificultades para hacer cosas que son fáciles para la mayoría de las personas (por ejemplo, ir a la tienda, conducir en la autopista o ir a restaurantes). Los familiares que entienden que este tipo de conductas son parte del trastorno, pueden sentir menos frustración y más calidez y empatía hacia su familiar.

Los familiares pueden ayudar en el proceso de recuperación del trastorno de pánico y/o agorafobia de muchas maneras. Algunas formas incluyen fomentar el tratamiento (medicamentos y psicoterapia), ayudar con las tareas de tratamiento y brindar apoyo emocional.



Medicamentos

Existen diferentes tipos de medicamentos que se pueden utilizar para tratar el trastorno de pánico y la agorafobia. La sección titulada “Medicamentos: lo que debe saber” (páginas 6-7) proporciona información general sobre estos medicamentos.

Terapia Cognitivo-Conductual (TCC)

Uno de los tratamientos más efectivos para el trastorno de pánico y la agorafobia es la terapia cognitivo-conductual (TCC), que se puede utilizar sola o en combinación con medicamentos. La TCC a menudo se puede utilizar de manera efectiva por sí sola para los casos más leves, mientras que a menudo se recomienda una combinación para los casos más graves. La TCC es un tratamiento estructurado que puede ofrecerse de manera individual o grupal, y por lo general semanalmente. También hay algunos libros de autoayuda y manuales que se basan en los principios de la TCC. El objetivo de la TCC es reducir significativamente o eliminar los ataques de pánico, así como disminuir significativamente el miedo y los cambios de comportamiento asociados con ellos. Gran parte del trabajo de la TCC se realiza entre sesiones con “tareas”, para que la persona pueda monitorear sus síntomas de pánico y aplicar las técnicas aprendidas en las sesiones de terapia.

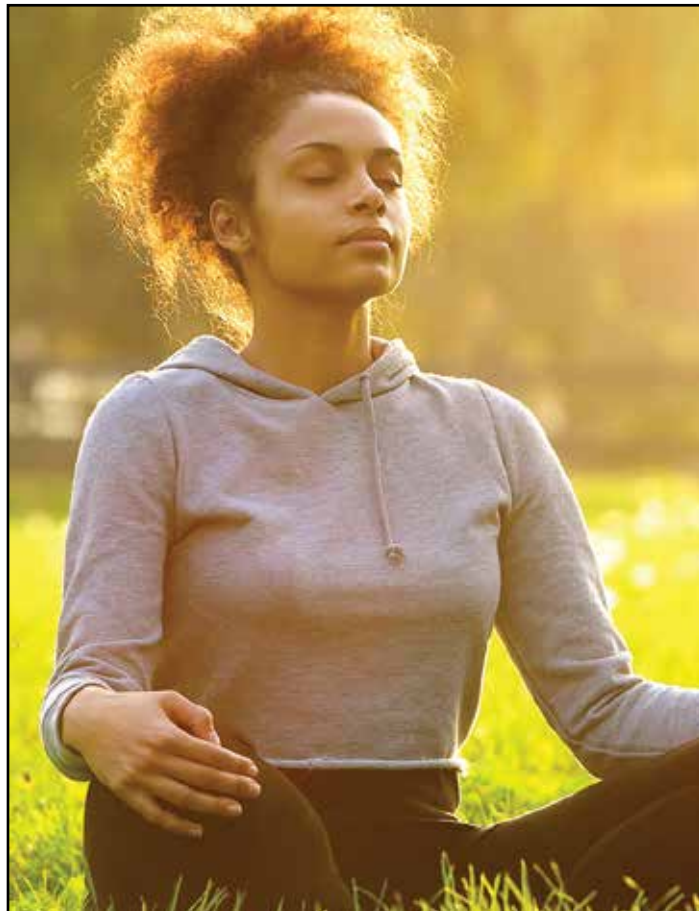
La TCC para el trastorno de pánico se basa en los supuestos de que: 1) Las personas con trastorno de pánico malinterpretan sus ataques de pánico y los ven como peligrosos o aterradores, 2) Las personas con trastorno de pánico están demasiado en sintonía con sus sensaciones corporales, lo que las hace más vulnerables a sufrir ataques y 3) A menudo, hacen cambios en su comportamiento, como evitar situaciones que asocian con los ataques. Uno de los objetivos del tratamiento es ayudar a la persona a tener una visión más realista de sus ataques de pánico, a fin de ayudarlo a que sean menos atemorizantes. Esto se hace a través de la educación sobre el trastorno de pánico, enseñando a las personas a estar conscientes de sus pensamientos aterradores sobre los ataques, e instruyéndolos sobre cómo pueden cambiar estos pensamientos para hacerlos más realistas y menos atemorizantes.

Una técnica llamada exposición interoceptiva se utiliza para ayudar a las personas a superar el miedo a las sensaciones corporales asociadas con los ataques de pánico. La exposición interoceptiva implica realizar ejercicios específicos para provocar los síntomas de ansiedad y pánico de forma controlada. Aunque a menudo son incómodos al principio, estos ejercicios de exposición son muy efectivos para aliviar la angustia de experimentar síntomas de pánico y, finalmente, los síntomas en sí mismos. Finalmente, la TCC utiliza exposiciones in vivo, en las que una persona comienza a enfrentarse sistemáticamente a las personas, los lugares y las actividades que podrían estar evitando como resultado de los ataques de pánico. Por ejemplo, si alguien está evitando hacer ejercicio o tomar café por temor a sufrir un ataque, el terapeuta trabajará con ellos para planificar estratégicamente la introducción y la continuación de estas actividades evitadas.

Con la TCC para el tratamiento de la agorafobia, el énfasis estaría en el elemento de exposición in vivo del tratamiento. Al participar en la terapia de exposición in vivo, las personas con agorafobia abordan sistemáticamente y con frecuencia las situaciones que les causan temor y aprenden que no son aterradoras ni peligrosas.

Entrenamiento de Relajación

Algunos terapeutas utilizan el entrenamiento de relajación como un método para reducir la ansiedad y los ataques de pánico. Puede usarse junto con la TCC y/o los medicamentos, pero la mayoría de los profesionales de la salud están de acuerdo en que el entrenamiento de relajación por sí solo probablemente no es suficiente para aliviar por completo los síntomas de pánico en la mayoría de las personas. Un tipo de estrategia de relajación que se utiliza a menudo para el tratamiento del trastorno de pánico es la respiración diafragmática o la respiración abdominal. Este



tipo de respiración, que conduce a respiraciones más profundas y más oxígeno en los pulmones, puede ser particularmente útil para las personas que experimentan dificultad para respirar, dolor en el pecho o mareos durante sus ataques de pánico. La respiración diafragmática es también una estrategia de relajación para tratar la ansiedad más generalizada, que podría reducir la susceptibilidad de tener un ataque de pánico. Así mismo, la relajación muscular progresiva, un tipo de relajación que consiste en tensar y relajar diferentes músculos del cuerpo, también puede contribuir a reducir la ansiedad generalizada.

Prácticas de Conciencia Plena y Aceptación

La conciencia plena es otra técnica que se utiliza a menudo junto con la TCC y/o los medicamentos. Contrariamente a lo que algunas personas piensan, la conciencia plena y la relajación no son lo mismo, aunque muchas personas consideran que la práctica de la conciencia plena es relajante. Hay muchas formas de practicar la conciencia plena. Una forma común de practicar la conciencia plena es sentarse en silencio y concentrarse en la respiración sin intentar cambiarla. Las personas que practican regularmente la conciencia plena pueden aprender a ser menos reactivas a sus emociones y a los cambios en su cuerpo. Pueden aprender a aceptar más los estados emocionales negativos, como la ansiedad. Para las personas con trastorno de pánico y agorafobia, la conciencia plena puede enseñar a las personas a observar su ansiedad, en lugar de llenarse de pensamientos negativos y comportamientos de evitación. Por lo tanto, la aceptación de la ansiedad puede hacer que la ansiedad disminuya y se sienta menos atemorizante.

Los tratamientos para el trastorno de pánico y la agorafobia incluyen terapia cognitivo-conductual, entrenamiento de relajación y prácticas de conciencia plena y aceptación.

- Existen diferentes tipos de medicamentos que son muy efectivos para el trastorno de pánico y la agorafobia. Estos incluyen medicamentos antidepresivos, benzodiazepinas y anticonvulsivos.
- Estos medicamentos funcionan al modular el ácido gamma-aminobutírico (GABA, por sus siglas en inglés), la serotonina, la norepinefrina o la dopamina; se cree que estos neurotransmisores regulan la ansiedad y el estado de ánimo.
- A veces, el medicamento que se prueba por primera vez no ayuda a obtener las mejoras deseadas para el tratamiento de la ansiedad. Lo que funciona bien para una persona podría no funcionar tan bien para otra. Esté abierto a probar otro medicamento o una combinación de medicamentos para encontrar el tratamiento adecuado para usted. ¡Hable con su médico si sus síntomas no han mejorado y no deje de buscar el medicamento correcto!
- Todos los medicamentos pueden causar efectos secundarios, pero muchas personas no experimentan efectos secundarios o efectos secundarios menores. Los efectos secundarios que las personas suelen experimentar son tolerables y disminuyen en unos pocos días. Hable con su médico si alguno de los efectos secundarios comunes que se mencionan en su medicamento persisten o se vuelven molestos. En casos raros, estos medicamentos pueden causar efectos secundarios graves. Comuníquese con su médico inmediatamente si experimenta uno o más síntomas graves.

Medicamentos Antidepresivos

- Los medicamentos antidepresivos, aunque inicialmente se desarrollaron para tratar la depresión, han sido exitosos en el tratamiento de los trastornos de ansiedad y se usan comúnmente para tratar el trastorno de pánico. Si bien se incluyen a continuación muchos antidepresivos disponibles, la evidencia de su efectividad en el tratamiento del trastorno de pánico varía considerablemente. Le recomendamos hablar de las opciones de medicamentos con su médico.
- Los medicamentos antidepresivos trabajan para aumentar los siguientes neurotransmisores: serotonina, norepinefrina y/o dopamina.
- Los antidepresivos se deben tomar según las indicaciones de su médico durante tres a cuatro semanas antes de que pueda esperar ver cambios positivos en sus síntomas. Así que no deje que tomar su medicamento porque piense que no está funcionando. ¡Dele tiempo!
- Una vez que haya respondido al tratamiento, es importante continuarlo. Normalmente, el tratamiento continúa de 6 a 9 meses. La interrupción temprana del tratamiento puede ocasionar una recaída de los síntomas. Si usted tiene un caso más grave de trastorno de pánico, su médico podría recomendarle un tratamiento a largo plazo.
- Para evitar que los síntomas de trastorno de pánico regresen o empeoren, no deje de tomar sus medicamentos repentinamente, incluso si se siente mejor. Dejar de tomar sus medicamentos puede causar una recaída. Los medicamentos solo deben interrumpirse bajo la supervisión de su médico. Si quiere dejar de tomar su medicamento, hable con su médico sobre la manera de dejar de tomarlo correctamente.
- Si se olvida de tomar una dosis al tomar medicamentos antidepresivos para el trastorno de pánico, una regla de oro es que si se pasó su horario habitual por tres horas o menos, debe tomar esa dosis cuando lo recuerde. Si han pasado más de tres horas desde el horario en que debería haberse tomado la dosis, simplemente omita la dosis olvidada y tome su medicamento en la siguiente hora programada. Nunca duplique las dosis de su antidepresivo para "ponerse al día" con las que ha olvidado.

INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (ISRS) Y MODULADORES DE SEROTONINA

- Citalopram (Celexa)
- Escitalopram (Lexapro)



Este folleto proporciona solo información general sobre medicamentos para el trastorno de pánico y agorafobia. No abarca todos los posibles usos, acciones, precauciones, efectos secundarios o interacciones de los medicamentos mencionados. Esta información no constituye un consejo o tratamiento médico y no pretende ser un consejo médico para problemas individuales o para realizar una evaluación de los riesgos y beneficios de tomar un medicamento en particular. El médico tratante, basándose en la experiencia y el conocimiento del paciente, debe determinar las dosis y el mejor tratamiento para el paciente.

- Fluoxetina (Prozac)
- Fluvoxamina (Luvox)
- Paroxetina (Paxil)
- Sertralina (Zoloft)
- Vilazodona (Viibryd)
- Vortioxetina (Brintellix)

INHIBIDORES DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA Y NOREPINEFRINA (IRSN)

- Desvenlafaxina (Pristiq)
- Duloxetina (Cymbalta)
- Levomilnacepran (Fetzima)
- Venlafaxina (Effexor)

ANTIDEPRESIVOS ATÍPICOS

- Bupropion (Wellbutrin)
- Mirtazapina (Remeron)
- Nefazodona (Serzone)
- Trazodona (Desyrel)

TRICÍCLICOS Y TETRACÍCLICOS (TCA Y TECA)

- Amitriptilina (Elavil o Endep)
- Amoxapina (Asendin)
- Clomipramina (Anafranil)
- Desipramina (Norpramin o Pertofrane)
- Doxepina (Sinequan o Adapin)
- Imipramina (Tofranil)
- Maprotilina (Ludiomil)
- Nortriptilina (Pamelor)
- Protriptilina (Vivactil)
- Trimipramina (Surmontil)

INHIBIDORES DE LA MONOAMINO OXIDASA (IMAO)

- Fenelzina (Nardil)
- Selegilina (Emsam) parche
- Tranilcipromina (Parnate)

Benzodiacepinas

- Las benzodiacepinas son un tipo diferente de medicamento que se utilizan para la ansiedad. Las benzodiacepinas funcionan amplificando los efectos del neurotransmisor GABA, que tiene un efecto calmante.
- Las benzodiacepinas se pueden tomar según sea necesario (p.r.n.) o se pueden recetar para tomarse en un horario regular.
- Los usuarios de estos medicamentos pueden sentir los efectos con bastante rapidez (a veces en menos de media hora), y los efectos pueden durar de varias horas hasta un día, dependiendo de qué medicamento se esté tomando.
- Si bien las benzodiacepinas pueden ser efectivas a corto plazo, para la mayoría de las personas no son la mejor estrategia de tratamiento a largo plazo. Muchos médicos recetan una benzodiacepina cuando la persona comienza a tomar un antidepresivo. El uso de un antidepresivo suele ser una mejor estrategia para la administración de un medicamento a largo plazo que las benzodiacepinas. Por lo tanto, el médico puede reducir la dosis de benzodiacepina que el paciente debe tomar una vez que experimente los beneficios del antidepresivo.
- Se debe evitar el uso de benzodiacepinas cuando sea necesario. Uno de los objetivos de la psicoterapia para el trastorno de pánico, especialmente las terapias cognitivo-conductuales, es que la persona que sufre de pánico se dé cuenta de que, si bien los ataques de pánico son incómodos y desagradables, no son peligrosos y pueden ser tolerados. Tener menos miedo de los ataques de pánico es fundamental para recuperarse del trastorno de pánico. Cuando una persona toma benzodiacepinas según las necesite, como cuando sufre un ataque de pánico o siente más ansiedad, se está privando de la posibilidad de aprender que los ataques de pánico no son peligrosos. De hecho, se está dando el mensaje opuesto: "No puedo tolerar esto, por lo que debo tomar un medicamento inmediatamente".

- Las benzodiacepinas pueden crear hábito. Las personas que toman benzodiacepinas regularmente corren el riesgo de experimentar síntomas de dependencia y abstinencia. Las personas pueden necesitar aumentar la dosis de su medicamento para obtener el efecto deseado. También pueden experimentar síntomas de abstinencia al dejar de tomar el medicamento. Debido a estas propiedades adictivas, es posible que las benzodiacepinas no se receten a personas con antecedentes de problemas de abuso de sustancias.
- Las benzodiacepinas pueden causar somnolencia, alterar la coordinación y la concentración, y reducir la memoria a corto plazo. No deben usarse simultáneamente con alcohol o medicamentos opiáceos.

Alprazolam (Xanax)
Clonazepam (Klonopin)
Lorazepam (Ativan)

Medicamentos Anticonvulsivos

- Los medicamentos anticonvulsivos generalmente se utilizan para tratar las convulsiones, pero también ayudan a controlar el estado de ánimo y son útiles para las personas que padecen de trastorno de pánico. Por lo general, se reservan para pacientes que no responden a los medicamentos antidepresivos.
- Se cree que los anticonvulsivos funcionan al aumentar el neurotransmisor GABA, que tiene un efecto calmante en el cerebro. También se cree que disminuyen el glutamato, que es un neurotransmisor excitatorio.

Ácido Valproico (Depakote)
Carbamazepina (Tegretol)
Oxcarbazepina (Trileptel)





MENTAL ILLNESS RESEARCH, EDUCATION AND CLINICAL CENTER
VA Desert Pacific Healthcare Network
Long Beach VA Healthcare System
Education and Dissemination Unit 06/116A
5901 E. 7th Street
Long Beach, CA 90822

VISÍTENOS EN INTERNET EN:
<http://www.mirecc.va.gov>

DESCARGUE ESTE FOLLETO EN:
http://www.mirecc.va.gov/visn22/panic_and_agoraphobia_spanish.pdf

Noosha Niv, PhD ^{1,2}
Bonnie Zucker, PhD ¹
Christopher Reist, MD, MBA ³

¹VA Desert Pacific Mental Illness Research, Education and Clinical Center (MIRECC)

²UCLA Department of Psychiatry and Biobehavioral Sciences

³UCI Department of Psychiatry and Human Behavior

