

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

Diagnóstico y Tratamiento de los **TRASTORNOS DE ANSIEDAD** en el Adulto

Evidencias y Recomendaciones

Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: **IMSS-392-10**

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



Av. Paseo de La Reforma #450, piso 13,
Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, CP 06600, México, D. F.
www.cenetec.salud.gob.mx

Publicado por CENETEC
© Copyright CENETEC

Editor General
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

Esta Guía de Práctica Clínica fue elaborada con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Los autores han hecho un esfuerzo por asegurarse que la información aquí contenida sea completa y actual; por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta Guía, que incluye evidencias y recomendaciones y declaran que no tienen conflicto de intereses.

Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las variaciones de las recomendaciones aquí establecidas al ser aplicadas en la práctica, deberán basarse en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y las preferencias de cada paciente en particular; los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada institución o área de práctica

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud

Deberá ser citado como: Guía de Práctica Clínica **Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en el Adulto**, México; Secretaría de Salud, 2010.

Esta guía puede ser descargada de Internet en: www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html

ISBN en trámite

F40 Trastorno de Ansiedad Fóbica

F40.0 Agorafobia

F40.1 Fobia Social

F40.2 Fobias Específicas

F41 Otros Trastornos de Ansiedad

F41.0 Trastorno de Pánico

F41.1 Trastorno de Ansiedad Generalizada

F42 Trastorno Obsesivo Compulsivo

GPC: Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en el Adulto

Coordinadores:

Dra. Torres Arreola Laura del Pilar	Medicina Familiar	Instituto Mexicano del Seguro Social	Jefa de Área de Desarrollo de Guías de Práctica Clínica/Coordinación de UMAES. División de Excelencia Clínica
-------------------------------------	-------------------	--------------------------------------	---

Autores:

Dr. Córdova Castañeda Alejandro	Psiquiatra		Hospital Regional de Psiquiatría Héctor H. Tovar Acosta. México, D.F.
Dra. De Santillana Hernández Sonia Patricia	Médico Familiar		Unidad de Medicina Familiar No 41. Distrito Federal
Dr. García Delgado Miguel Ángel	Médico Familiar		Unidad de Medicina Familiar N° 43, Villahermosa, Tabasco.
Dra. González Lizcano Hilda Margarita Teresa	Psiquiatra	Instituto Mexicano del Seguro Social	UMAE Complementaria N° 22, Hospital Regional de Psiquiatría, Monterrey, Nuevo León.
Dra. Hernández Chávez Mayra	Psiquiatra		Clínica de Psiquiatría Infantil y del Adolescente, UMAE Complementaria, Hospital Regional de Psiquiatría Morelos, México, DF.
Dra. Ramírez Pérez Laura Esther	Psicóloga Clínica		Hospital Psiquiátrico/UMF N° 10, México, DF.

Validación Interna:

Dr. Esquinca Ramos José Luis	Psiquiatra		Consulta especializada e interconsultante/HGZ 24 Delegación 1 Noroeste
Dr. Platas Vargas Eduardo Cuauhtémoc	Psiquiatra	Instituto Mexicano del Seguro Social	Consulta especializada e interconsultante /HGO y UMF 13. Delegación 1 Noroeste
Dr. Zamora Olvera Miguel Ángel	Psiquiatra		Coordinador de Programas Médicos/Coordinación de Programas Integrados de Salud

Validación Externa:

Dr. Armando Vásquez López Guerra			Consejo Mexicano de Psiquiatría AC
----------------------------------	--	--	------------------------------------

ÍNDICE

1. CLASIFICACIÓN	5
2. PREGUNTAS A RESPONDER POR ESTA GUÍA	6
3. ASPECTOS GENERALES.....	7
3.1 ANTECEDENTES.....	7
3.2 JUSTIFICACIÓN.....	7
3.3 PROPÓSITO.....	7
3.4 OBJETIVO DE ESTA GUÍA.....	8
3.5 DEFINICIÓN	8
4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES	10
4.1 PREVENCIÓN SECUNDARIA.....	11
4.1.1 DETECCIÓN.....	11
4.1.1.1 FACTORES DE RIESGO.....	11
4.2 DIAGNÓSTICO	12
4.2.1 DIAGNÓSTICO CLÍNICO	12
4.2.1.1 PRUEBAS DIAGNÓSTICAS (LABORATORIO Y GABINETE)	16
4.3 TRATAMIENTO.....	16
4.3.1 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO (ANEXO 6.4, CUADRO 1).....	16
4.3.2 TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO.....	23
4.4 CRITERIOS DE REFERENCIA	27
4.4.1 TÉCNICO-MÉDICOS.....	27
4.4.1.1 REFERENCIA AL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN	27
4.4.1.2 REFERENCIA AL TERCER NIVEL DE ATENCIÓN	28
4.4.1.3 CONTRARREFERENCIA.....	28
4.5 VIGILANCIA Y SEGUIMIENTO.....	29
4.6 DÍAS DE INCAPACIDAD EN DONDE PROCEDA	29
6. ANEXOS.....	30
6.1 PROTOCOLO DE BÚSQUEDA	30
6.2 SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE LA EVIDENCIA Y FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN.....	32
6.3 CLASIFICACIÓN O ESCALAS DE LA ENFERMEDAD	36
6.4 MEDICAMENTOS.....	43
ALGORITMOS.....	51
5. DEFINICIONES OPERATIVAS	53
7. BIBLIOGRAFÍA.....	56
8. AGRADECIMIENTOS	58
9. COMITÉ ACADÉMICO.....	59
10. DIRECTORIO SECTORIAL Y DEL CENTRO DESARROLLADOR.....	60
11. COMITÉ NACIONAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA.....	61

1. CLASIFICACIÓN

Catálogo Maestro: IMSS-392-10	
PROFESIONALES DE LA SALUD	Médicos psiquiatras, Médicos familiares y psicólogos
CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD	F40 Trastorno de Ansiedad Fóbica F40.0 Agorafobia F40.1 Fobia Social F40.2 Fobias Específicas F41 Otros Trastornos de Ansiedad F41.0 Trastorno de Pánico F41.1 Trastorno de Ansiedad Generalizada F42 Trastorno Obsesivo Compulsivo
CATEGORÍA DE LA GPC	Primer, segundo y tercer nivel de atención Prevencción Diagnóstico Tratamiento Educación
USUARIOS POTENCIALES	Enfermeras, Trabajadoras Sociales, Personal de Salud en Formación y Servicio Social, Psicólogos, Médicos Familiares, Médicos Generales, Médicos Psiquiatras, Médicos de otras Especialidades
TIPO DE ORGANIZACIÓN DESARROLLADORA	Coordinación de UMAES, División de Excelencia Clínica UMAE Complementaria N° 22, Hospital Regional de Psiquiatría, Monterrey, Nuevo. León Hospital Regional de Psiquiatría Héctor H. Tovar Acosta. México, D.F. Clínica de Psiquiatría Infantil y del Adolescente, UMAE Complementaria, Hospital Regional de Psiquiatría Morelos, México, D.F. Hospital Psiquiátrico/UMF N° 10, México, D.F. Unidad de Medicina Familiar No 41. Distrito Federal Unidad de Medicina Familiar N° 43, Villahermosa, Tabasco.
POBLACIÓN BLANCO	Mujeres y hombres de 18 a 64 años, excepto mujeres con embarazo o lactancia
FUENTE DE FINANCIAMIENTO	Instituto Mexicano del Seguro Social
INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES CONSIDERADAS	Identificación de personas en riesgo Identificación oportuna de pacientes Criterios diagnósticos del CIE 10 Tratamiento farmacológico y no farmacológicos Psicoeducación Seguimiento
IMPACTO ESPERADO EN SALUD	Mejorar la capacidad en los tres niveles de atención en el diagnóstico oportuno y manejo. Mejorar la eficiencia de la referencia y contrareferencia entre los tres niveles de atención Optimizar el uso de recursos terapéuticos y diagnóstico Disminuir las recaídas, recurrencias y comorbilidad Disminuir la discapacidad asociada al trastorno
METODOLOGÍA	Definición del enfoque de la GPC Elaboración de preguntas clínicas Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia Protocolo sistematizado de búsqueda Revisión sistemática de la literatura Búsquedas de bases de datos electrónicas Búsqueda de guías en centros elaboradores o compiladores Búsqueda manual de la literatura Número de Fuentes documentales revisadas: 21 Guías seleccionadas: 9 del período 2005-2010 ó actualizaciones realizadas en este período Revisiones sistemáticas: 7 Ensayos controlados aleatorizados Estudios transversales: 5 Validación del protocolo de búsqueda por la División de Excelencia Clínica de la Coordinación Médica de Alta Especialidad del Instituto Mexicano del Seguro Social Adopción de guías de práctica clínica Internacionales: Selección de las guías que responden a las preguntas clínicas formuladas con información sustentada en evidencia Construcción de la guía para su validación Respuesta a preguntas clínicas por adopción de guías Análisis de evidencias y recomendaciones de las guías adoptadas en el contexto nacional Respuesta a preguntas clínicas por revisión sistemática de la literatura y gradación de evidencia y recomendaciones Emisión de evidencias y recomendaciones
MÉTODO DE VALIDACIÓN Y ADECUACIÓN	Validación del protocolo de búsqueda Método de Validación de la GPC: Validación por pares clínicos Validación Interna: Instituto Mexicano del Seguro Social Revisión externa : Academia
CONFLICTO DE INTERES	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés en relación a la información, objetivos y propósitos de la presente Guía de Práctica Clínica
REGISTRO Y ACTUALIZACIÓN	Catálogo Maestro: IMSS-392-10 Fecha de Publicación: 2010 Fecha de Actualización: Agosto 2011 (de 3 a 5 años a partir de la actualización)

PARA MAYOR INFORMACIÓN SOBRE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS EMPLEADOS EN LA CONSTRUCCIÓN DE ESTA GUÍA PUEDE CONTACTAR AL CENETEC A TRAVÉS

DEL PORTAL: WWW.CENETEC.SALUD.GOB.MX

2. PREGUNTAS A RESPONDER POR ESTA GUÍA

1. ¿Qué es un trastorno de ansiedad?
 - ¿Qué diferencia la ansiedad normal de la patológica?
 - ¿Cuáles son las características clínicas de los trastornos de ansiedad?
 - ¿Cuáles son los trastornos específicos de ansiedad?

2. ¿Cuál es la clasificación actual de los trastornos de ansiedad?
 - DSM IV TR
 - CIE 10
 - Comparativo

3. ¿Cuáles son las características epidemiológicas?
 - Cuáles son los factores de riesgo
 - Cuáles son las estrategias útiles para la prevención
 - Cuáles son los criterios diagnósticos de los trastornos de ansiedad
 - a. Criterios diagnósticos
 - b. Diagnóstico diferencial
 - c. Instrumentos clinimétricos recomendados

4. ¿Cuál es el tratamiento en los trastornos de ansiedad?
 - ¿Cuál es el tratamiento farmacológico?
 - ¿Cuál es el tratamiento no farmacológico?

3. ASPECTOS GENERALES

3.1 ANTECEDENTES

Los trastornos de ansiedad son los trastornos mentales más comunes (Can Psych Assoc, 2006), de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) en los servicios de atención primaria en el mundo, dentro de la población adulta, se encuentra una prevalencia del 12% para los trastornos de ansiedad (OMS, 2005), esta misma organización establece que los trastornos de ansiedad son de los que más tempranamente inician, con una mediana de 15 años de edad y alcanzan la prevalencia más alta entre los 25 y 45 años, encontrándose más alta en mujeres que en hombres (OMS, 2004). De acuerdo a otros estudios se encuentran tasas de prevalencia para cualquier trastorno de ansiedad a lo largo de la vida entre 10.4 y 28.8% y en el último año una prevalencia del 18% (Can Psych Assoc, 2006). Según la Organización Panamericana de Salud (OPS) en un estudio sobre los Trastornos Mentales en América Latina y el Caribe, los Trastornos de ansiedad más frecuentes son el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) y el Trastorno de Pánico (TP) con una prevalencia media al último año de 3.4%, 1.4% y 1.0% respectivamente; mostrando una mayor prevalencia en mujeres que en hombres en el TAG y el TP, no así en el TOC (OPS, 2006).

De acuerdo a la OMS en el 2007 la prevalencia en México para cualquier Trastorno de Ansiedad a lo largo de la vida era de 14.3% (Ronald C, 2007). Este último dato coincide con la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica 2003 en México, que muestra que los Trastornos de Ansiedad son los Trastornos Mentales más frecuentes, encontrándose que los subtipos con prevalencias más altas son la Fobia Específica (FE), la Fobia Social (FS) y el Trastorno de Estrés Postraumático (TEP) y en todos ellos la prevalencia es mayor en mujeres que en hombres (Medina Mora, 2003).

3.2 JUSTIFICACIÓN

Con base a la información presentada sabemos que entre los trastornos mentales, los Trastornos de Ansiedad son muy frecuentes, suelen iniciar en la adolescencia y tienen su máxima prevalencia en la etapa más productiva de la vida laboral, social y afectiva. Las personas que padecen estos trastornos frecuentemente tardan mucho en buscar atención o recibir ayuda adecuada, lo que favorece la cronificación y predispone a la discapacidad asociada a los mismos.

3.3 PROPÓSITO

La finalidad de elaborar esta guía es la de facilitar a los profesionales de la salud de los tres niveles de atención el abordaje y manejo de estos trastornos, con la consecuente mejora en la calidad de vida del paciente y disminución en los costos institucionales.

3.4 OBJETIVO DE ESTA GUÍA

La guía de práctica clínica Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en el Adulto forma parte del Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica que se instrumentará a través del programa de acción específico, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Sectorial de Salud 2007-2012

Esta guía tiene como objetivo general poner a disposición del personal de salud de los tres niveles de atención un documento basado en la evidencia disponible que permita:

1. Identificar oportunamente a los pacientes afectados por trastornos de ansiedad.
2. Identificar la presencia de co-morbilidad asociada a los trastornos de ansiedad.
3. Tratar adecuadamente a los pacientes con trastornos de ansiedad.
4. Reducir la discapacidad laboral y funcional para la actividad diaria que suponen los trastornos de ansiedad.

3.5 DEFINICIÓN

La ansiedad es un estado emocional displacentero que se acompaña de cambios somáticos y psíquicos, que puede presentarse como una reacción adaptativa, o como síntoma o síndrome que acompaña a diversos padecimientos médicos y psiquiátricos.

Se considera que la ansiedad es patológica por su presentación irracional, ya sea porque el estímulo está ausente, la intensidad es excesiva con relación al estímulo o la duración es injustificadamente prolongada y la recurrencia inmotivada, generando un grado evidente de disfuncionalidad en la persona. Esta condición se manifiesta por:

1.- Sensaciones somáticas como:

- Aumento de la tensión muscular
- Mareos
- Sensación de "cabeza vacía"
- Sudoración
- Hiperreflexia
- Fluctuaciones de la presión arterial
- Palpitaciones
- Midriasis
- Síncope
- Taquicardia
- Parestesias
- Temblor
- Molestias digestivas
- Aumento de la frecuencia y urgencia urinarias
- Diarrea

2.- Síntomas psíquicos (cognoscitivos, conductuales y afectivos) como:

- Intranquilidad
- Inquietud
- Nerviosismo
- Preocupación excesiva y desproporcionada
- Miedos irracionales
- Ideas catastróficas
- Deseo de huir
- Temor a perder la razón y el control
- Sensación de muerte inminente

La ansiedad afecta los procesos mentales, tiende a producir distorsiones de la percepción de la realidad, del entorno y de sí mismo, interfiriendo con la capacidad de análisis y afectando evidentemente la funcionalidad del individuo

4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

La presentación de la evidencia y recomendaciones en la presente guía corresponde a la información obtenida de GPC internacionales, las cuales fueron usadas como punto de referencia. La evidencia y las recomendaciones expresadas en las guías seleccionadas, corresponde a la información disponible organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron. Las evidencias en cualquier escala son clasificadas de forma numérica o alfanumérica y las recomendaciones con letras, ambas, en orden decreciente de acuerdo a su fortaleza.

Las evidencias y recomendaciones provenientes de las GPC utilizadas como documento base se gradaron de acuerdo a la escala original utilizada por cada una de las GPC. En la columna correspondiente al nivel de evidencia y recomendación el número y/o letra representan la calidad y fuerza de la recomendación, las siglas que identifican la GPC o el nombre del primer autor y el año de publicación se refieren a la cita bibliográfica de donde se obtuvo la información como en el ejemplo siguiente:

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E. La valoración del riesgo para el desarrollo de UPP, a través de la escala de Braden tiene una capacidad predictiva superior al juicio clínico del personal de salud	2++ (GIB, 2007)

En el caso de no contar con GPC como documento de referencia, las evidencias y recomendaciones fueron elaboradas a través del análisis de la información obtenida de revisiones sistemáticas, metaanálisis, ensayos clínicos y estudios observacionales. La escala utilizada para la gradación de la evidencia y recomendaciones de estos estudios fue la escala Shekelle modificada.

Cuando la evidencia y recomendación fueron gradadas por el grupo elaborador, se colocó en corchetes la escala utilizada después del número o letra del nivel de evidencia y recomendación, y posteriormente el nombre del primer autor y el año como a continuación:

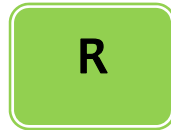
Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E. El zanamivir disminuyó la incidencia de las complicaciones en 30% y el uso general de antibióticos en 20% en niños con influenza confirmada	la [E: Shekelle] Matheson, 2007

Los sistemas para clasificar la calidad de la evidencia y la fuerza de las recomendaciones se describen en el Anexo 6.2.

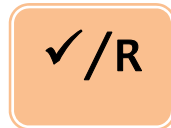
Tabla de referencia de símbolos empleados en esta Guía:



EVIDENCIA



RECOMENDACIÓN



PUNTO DE BUENA PRÁCTICA

4.1 PREVENCIÓN SECUNDARIA

4.1.1 DETECCIÓN

4.1.1.1 FACTORES DE RIESGO

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	<p>Dentro de las causas o factores que pueden favorecer la presentación de un trastorno de ansiedad se encuentran:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ biológicos: alteraciones en sistemas neurobiológicos (gabaérgicos y serotoninérgicos), así como anomalías estructurales en el sistema límbico ▪ ambientales: estresores ambientales, una mayor hipersensibilidad y una respuesta aprendida ▪ psicosociales: situaciones de estrés, ambiente familiar, experiencias amenazadoras de vida y las preocupaciones excesivas por temas cotidianos. <p>La influencia de las características de la personalidad se han considerado como un factor predisponente</p>
	<p style="text-align: center;">3 <i>GPC Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, 2008</i></p>

Los factores de riesgo más importantes para presencia de ansiedad son:

E

- Historia familiar de ansiedad (u otros trastornos mentales)
- Antecedente personal de ansiedad durante la niñez o adolescencia, incluyendo timidez marcada
- Eventos de vida estresantes y/o traumáticos, incluyendo el abuso
- Ser mujer
- Comorbilidad con trastornos psiquiátricos (principalmente depresión)
- Existencia de una enfermedad médica o el consumo de sustancias

3

Canadian Psychiatric Association-GPC, 2006

E

Los trastornos de ansiedad están asociados con un mayor riesgo de conductas suicidas

3

Canadian Psychiatric Association-GPC, 2006

R

Indagar en sujetos con factores de riesgo (historia familiar de ansiedad, antecedente personal de ansiedad durante la niñez o adolescencia, eventos de vida estresantes y/o traumáticos, ideación suicida, comorbilidad con trastornos psiquiátricos o existencia de una enfermedad médica o el consumo de sustancias) la presencia de síntomas de ansiedad que permitan elaborar el diagnóstico.

Segunda línea

Canadian Psychiatric Association-GPC, 2006

4.2 DIAGNÓSTICO

4.2.1 DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	<p>3</p> <p><i>GPC Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, 2008</i></p> <p>IV</p> <p><i>Guía de recomendaciones clínicas, Ansiedad 2006</i></p>
<p>La ansiedad es una sensación o un estado emocional normal ante determinadas situaciones que percibe como amenazantes y que constituye una respuesta habitual a diferentes situaciones cotidianas estresante. Es normal (adaptativa) en la medida en que da paso a conductas de seguridad, resolutivas y de adaptación</p>	

E

La ansiedad patológica tiene una presentación irracional, ya sea porque el estímulo esta ausente, la intensidad es excesiva con relación al estímulo o la duración es injustificadamente prolongada y la recurrencia inmotivada; superando la capacidad adaptativa de la persona generando un grado evidente de disfuncionalidad (anexo 6.3, cuadro 1)

3
GPC Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, 2008

IV
Guía de recomendaciones clínicas, Ansiedad 2006

E

Los síntomas físicos más referidos por personas con ansiedad son: aumento de la tensión muscular, mareos, sensación de "cabeza vacía", sudoración, hiperreflexia, fluctuaciones de la presión arterial, palpitaciones, síncope, taquicardia, parestesias, temblor, molestias digestivas, aumento de la frecuencia y urgencia urinarias, diarrea

3
GPC Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, 2008

E

Los síntomas psíquicos (cognoscitivos, conductuales y afectivos) predominantes son: intranquilidad, inquietud, nerviosismo, preocupación excesiva y desproporcionada, miedos irracionales, ideas catastróficas, deseo de huir, temor a perder la razón y el control, sensación de muerte inminente

3
GPC Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, 2008

R

Ante todo paciente con signos y síntomas ansiosos se deberá distinguir entre ansiedad normal (adaptativa) o patológica (anexo 6.3, cuadro 2)

C
GPC Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, 2008

D
Guía de recomendaciones clínicas, Ansiedad 2006

E

La ansiedad como síndrome acompaña a diversos padecimientos médicos y psiquiátricos como:

- Endócrinas: Hipotiroidismo, hipertiroidismo, hipoglucemia, síndrome climatérico
- Cardiovasculares: Insuficiencia cardiaca congestiva, arritmia, angina de pecho, postinfarto al miocardio
- Respiratorias: Asma. EPOC, neumonía
- Metabólicas: Diabetes
- Neurológicas o del SNC: Migraña, epilepsia lóbulo temporal
- Psiquiátricas: depresión, esquizofrenia, trastornos de la personalidad,
- Gastrointestinales: Úlcera péptica, síndrome del colon irritable
- Otras: Cáncer, fatiga crónica

(anexo 6.3, cuadro 3)

3
Canadian Psychiatric Association-GPC, 2006

IV
Guía de recomendaciones clínicas, Ansiedad 2006

E

Existen medicamentos y otras sustancias productoras de ansiedad como: agentes simpaticomiméticos, anfetaminas, anticonceptivos, consumo excesivo y abstinencia de alcohol y/o cafeína, corticoides, insulina, Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (sobretudo las 2 primeras semanas de tratamiento), penicilinas, teofilina, así como abstinencia de sustancias psicoactivas (anexo 6.3, cuadro 4)

IV
Guía de recomendaciones clínicas, Ansiedad 2006

R

En todo paciente con ansiedad, y en particular en los que debutan con ella a edades superiores a los 40 años, se debe descartar una ansiedad secundaria a enfermedades orgánicas, uso de medicamentos o sustancias psicoactivas.

D
Guía de recomendaciones clínicas, Ansiedad 2006

E

El infradiagnóstico de la ansiedad ha dado lugar a un gran número de instrumentos o escalas estructuradas que tratan de detectar "posibles casos" de la enfermedad.

3
GPC Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, 2008

E

Las escalas o instrumentos por sí mismas no generan diagnósticos, sino que permiten seleccionar personas con puntuación alta de las que se sospecha la presencia de patología mental, lo que justifica la realización posterior de un estudio más profundo.

3
GPC Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, 2008

R

No es recomendable utilizar las escalas con fines diagnósticos, y en ningún caso sustituyen a la entrevista clínica.

C
GPC Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, 2008

Las escalas se usan como apoyo para fortalecer diagnóstico, cribaje para detección de casos, monitoreo e investigación.

E

La Escala de Hamilton para Ansiedad (HARS) es un instrumento heteroaplicado de 14 preguntas que evalúa la intensidad de la ansiedad.

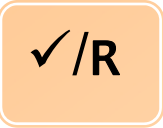



III
[E: Shekelle]
APA, 2000

Sus propiedades psicométricas son: consistencia interna (alfa de Cronbach) de 0.79-0.86, confiabilidad de test-retest a un día y a la semana $r = 0.96$ y validez concurrente con el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) $r = 0.56$. Es sensible al cambio tras el tratamiento (anexo 6.3, cuadro 5).

III
[E: Shekelle]
Beck AT et al, 2000


E	<p>El Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) es un instrumento autoaplicado de 21 preguntas. Posee las siguientes propiedades psicométricas: consistencia interna (alfa de Cronbach) de 0.90-0.94 y confiabilidad de test-retest a la semana de 0.67 a 0.93. Se ha mostrado sensible al cambio tras ese tratamiento (anexo 6.3, cuadro 6).</p>	<p>III [E: Shekelle] APA, 2000</p>
R	<p>Se dará preferencia a la entrevista clínica para establecer el diagnóstico. Los instrumentos o escalas se utilizarán para complementar la valoración, son preferibles aquellos cuestionarios breves, fáciles de manejar e interpretar como la HARS y el BAI.</p>	<p>III [E: Shekelle] De Beurs E et al, 1997 C [E: Shekelle] APA, 2000</p>
E	<p>Los trastornos de ansiedad como tal son un grupo de padecimientos caracterizadas por la presencia de preocupación, miedo o temor excesivo, tensión o activación que provoca un malestar notable o un deterioro clínicamente significativo de la actividad del individuo.</p>	<p>C GPC Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, 2008 3 GPC Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, 2008</p>
E	<p>Los trastornos de ansiedad están clasificados de acuerdo a criterios diagnósticos específicos del CIE 10.</p>	<p>IV Guía de recomendaciones clínicas, Ansiedad 2006</p>
R	<p>Todo paciente con síntomas de ansiedad; y una vez descartados otros padecimientos médicos, incluidos otros psiquiátricos, el uso de medicamentos y sustancias psicoactivas que cursan con estos síntomas, deberá clasificarse de acuerdo a criterios específicos de CIE 10 (anexo 6.3, cuadro 7 y 8).</p>	<p>D Guía de recomendaciones clínicas, Ansiedad 2006 D [E: Shekelle] Guía de Trastorno de Ansiedad, 2009</p>
E	<p>La historia clínica del paciente debe incluir además antecedentes personales de: uso de alcohol, tabaco, cafeína, fármacos, sustancias psicoactivas, presencia de enfermedades orgánicas conocidas y acontecimientos vitales estresantes (vinculados a la historia familiar, laboral y social del paciente).</p>	<p>IV Guía de recomendaciones clínicas, Ansiedad 2006</p>
R	<p>Incluir en la historia clínica del paciente antecedentes personales de: uso de alcohol, tabaco, cafeína, fármacos, sustancias psicoactivas, presencia de enfermedades orgánicas conocidas y acontecimientos vitales estresantes (vinculados a la historia familiar, laboral y social del paciente).</p>	<p>D Guía de recomendaciones clínicas, Ansiedad 2006 D NICE, 2007</p>

4.2.1.1 PRUEBAS DIAGNÓSTICAS (LABORATORIO Y GABINETE)

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	<p>Actualmente no existen pruebas de laboratorio o gabinete capaces de diagnosticar un trastorno de ansiedad o tipificarlo, su utilidad aplica al diagnóstico diferencial. El diagnóstico hasta este momento es básicamente clínico.</p> <p>Punto de Buena Práctica</p>
	<p>Los estudios iniciales de laboratorio en un paciente con trastorno de ansiedad deben incluir: biometría hemática completa, glucosa en ayunas, perfil de lípidos (colesterol, triglicéridos), electrolitos, enzimas hepáticas, creatinina sérica, EGO, hormonas tiroideas y ECG.</p> <p>En caso necesario prueba de embarazo.</p> <p>3 <i>Canadian Psychiatric Association-GPC, 2006</i></p>
	<p>Se debe considerar solicitar estudios de laboratorio y gabinete solo en aquellos pacientes que se sospeche la presencia de otra patología que se acompañe de síntomas de ansiedad.</p> <p>Segunda línea <i>Canadian Psychiatric Association-GPC, 2006</i></p>
	<p>Cuando se encuentren datos clínicos de patología no psiquiátrica específica se deberán solicitar los estudios de laboratorio y gabinete pertinentes</p> <p>C <i>Guía de recomendaciones clínicas, Ansiedad 2006</i></p>

4.3 TRATAMIENTO

4.3.1 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO (ANEXO 6.4, CUADRO 1)

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	<p>El tratamiento farmacológico de los trastornos de ansiedad tiene como objetivo aliviar los síntomas, prevenir las recaídas, evitar las secuelas y restaurar la funcionalidad premórbida en el paciente; todo ello con la mayor tolerabilidad posible hacia la medicación.</p> <p>3 <i>GPC Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, 2008</i></p>

Considerar antes de prescribir el tratamiento farmacológico

E

- Edad del paciente
- Tratamiento previo
- Riesgo de intento suicida o abuso
- Tolerancia
- Posibles interacciones con otros medicamentos
- Posibilidad de estar embarazada
- Preferencia del paciente
- Costos.

3
GPC Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, 2008

IV
NICE, 2007

R

Con la finalidad de obtener una mejor respuesta al tratamiento, el médico debe considerar: edad del paciente, tratamiento previo, riesgo de intento suicida, tolerancia, posibles interacciones con otros medicamentos, posibilidad de estar embarazada y sus preferencias.

✓
GPC Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, 2008

D
NICE, 2007

R

A todo paciente que inicie tratamiento farmacológico se debe informar sobre: posibles efectos secundarios, síntomas de abstinencia tras interrupción del tratamiento, no inmediatez del efecto, duración del tratamiento y necesidad del cumplimiento.

D
GPC Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, 2008

C
NICE, 2007

La evidencia en el tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizado (TAG) sugiere que:

- Los antidepresivos han mostrado ser eficaces
- Paroxetina e imipramina presentan eficacia y tolerabilidad similar
- No se han encontrado diferencias en términos de abandono entre imipramina, venlafaxina y paroxetina
- Los efectos adversos de los antidepresivos descritos disminuyen a los 6 meses en los pacientes que continúan con la medicación
- La interrupción brusca del tratamiento con Inhibidores Selectivos de la Recaptura de Serotonina (ISRS) se asocia con efectos adversos como mareo, cefalea, náuseas, vómito, diarrea, trastornos de movimiento, insomnio, irritabilidad, alteraciones visuales, letargo, anorexia y estados de desánimo.
- Las Benzodiazepinas (BZD) (alprazolam, bromazepam, lorazepam y diazepam) han demostrado ser eficaces.
Primariamente reducen más los síntomas somáticos que los psíquicos
- El uso de BZD se asocia a un mayor riesgo de dependencia, tolerancia, sedación, accidentes de tráfico y efectos de su retirada (ansiedad de rebote)

E

1++
GPC Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, 2008
1a
[E: Shekelle]
Kapczinski F et al, 2008

E

La interrupción del tratamiento conlleva un riesgo de recaída del 20% al 40% entre 6 y 12 meses después de la interrupción del mismo.

1+
GPC Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, 2008

E

El uso de las azapironas ha mostrado resultados contradictorios como tratamiento de primera línea en el TAG. Se necesitan estudios a largo plazo para demostrar que estos medicamentos son eficaces.

1a
[E: Shekelle]
Chessick CA, 2008

E

No hay evidencia que justifique el empleo de neurolépticos ni betabloqueadores (propranolol) en el tratamiento del TAG ni el Trastorno de pánico.

I
Guía de recomendaciones clínicas, Ansiedad 2006
2++
GPC Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, 2008

Para el TAG se recomienda:

- Iniciar el tratamiento lo antes posible
- Uso de BZD (alprazolam, lorazepam y diazepam) en el inicio del tratamiento, en las reagudizaciones y en el tratamiento a corto plazo (8-12 semanas)
- En el tratamiento a largo plazo, y desde el inicio se recomienda el uso de ISRS. Iniciar con paroxetina, sertralina o escitalopram, sino hay mejoría cambiar a Venlafaxina o Imipramina
- Para retirar el ISRS debe reducirse en forma lenta y gradual hasta suspenderlo, con la finalidad de evitar un síndrome de abstinencia
- En pacientes con historia de abuso de medicamentos o sustancias tóxicas puede prescribirse Bupiriona en lugar de BZD.

R

A, C
Guía de recomendaciones clínicas, Ansiedad 2006
A,B
GPC Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, 2008
Primera línea
Canadian Psychiatric Association-GPC, 2006

R

Cuando la respuesta a las dosis óptimas de los ISRS es inadecuada o no son bien tolerados, debe cambiarse a otro ISRS. Si no hay mejoría después de 8-12 semanas, considerar la utilización de otro fármaco con diferente mecanismo de acción.

✓
GPC Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, 2008

E

Para indicar el uso de venlafaxina en pacientes hipertensos el médico debe estar seguro que la patología esta controlada, a través de la toma de la TA al inicio del tratamiento y en forma regular durante el tiempo que dure el mismo.

III
NICE, 2007

E

En caso de utilizar venlafaxina la dosis no deberá ser mayor a 75 mgs por día.

I
NICE, 2007

R

No se recomienda la prescripción de venlafaxina a pacientes con alto riesgo de arritmias cardíacas o infarto al miocardio reciente, y en pacientes hipertensos solo se utilizará cuando la hipertensión esté controlada.

C
GPC Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, 2008

La evidencia en el tratamiento del trastorno de pánico sugiere que:

- Los ISRS (paroxetina, fluoxetina, citalopram, sertralina, e imipramina) comparados con placebo, mejoran los síntomas en la ansiedad anticipatoria, evitación agorafóbica y en los síntomas relacionados con la discapacidad funcional y la calidad de vida
- El citalopram, escitalopram, fluoxetina, paroxetina, sertralina y venlafaxina de liberación prolongada mejoran significativamente la gravedad del pánico
- Los antidepresivos son el medicamento de elección en el tratamiento farmacológico de mantenimiento para reducir el número de crisis de pánico.

1+
GPC Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, 2008

E

1a,1b
[E: Shekelle]
Practice Guideline for the Treatment of Patients with Panic Disorder, 2009

Los antidepresivos deben ser los únicos medicamentos para el manejo a largo plazo del trastorno de pánico.

Los ISRS (fluoxetina, paroxetina, sertralina, citalopram) son los medicamentos de primera elección. Cuando el ISRS no puede prescribirse o no hay mejoría del paciente después de 12 semanas de tratamiento, debe utilizarse un antidepresivo tricíclico (imipramina, clomimipramina).

A
Guía de recomendaciones clínicas, Ansiedad 2006

A,B
GPC Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, 2008

R

A
NICE, 2007

A
[E: Shekelle]
Practice Guideline for the Treatment of Patients with Panic Disorder, 2009

Las BZD (alprazolam, clonazepam, lorazepam y diazepam) han demostrado ser eficaces en el tratamiento de la crisis de pánico.

Estos medicamentos se encuentran asociados a un amplio espectro de efectos adversos (dependencia, síndrome de abstinencia por su cese y recurrencia ante la discontinuidad del tratamiento), durante y después del tratamiento.

1++
GPC Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, 2008

E

<p>E</p>	<p>En la crisis de pánico la combinación de psicoterapia y BZD vs monoterapia conductual solo es eficaz durante la fase aguda.</p>	<p>Ib [E: Shekelle] <i>Watanabe N et al, 2007</i></p>
<p>R</p>	<p>El tratamiento de elección en la crisis de pánico es el uso de BZD (diazepam, alprazolam, clonazepam y lorazepam) a dosis baja.</p>	<p>A <i>Guía de recomendaciones clínicas, Ansiedad 2006</i> A,B <i>GPC Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, 2008</i></p>
<p>R</p>	<p>En la fase de mantenimiento no se recomienda el uso de BZD.</p>	<p>A <i>NICE, 2007</i> D <i>Guía de recomendaciones clínicas, Ansiedad 2006</i></p>
<p>E</p>	<p>En el tratamiento de la fobia social los ISRS (paroxetina, escitalopram, sertralina) son considerados los medicamentos de primera línea. Clonazepam, alprazolam, gabapentina y citalopram de segunda línea, mientras fluoxetina, bupropion y mirtazepina de tercera.</p>	<p>1 <i>Canadian Psychiatric Association-GPC, 2006</i></p>
<p>E</p>	<p>En la fobia social simple puede indicarse el uso de propranolol.</p>	<p>I <i>Guía de recomendaciones clínicas, Ansiedad 2006</i></p>
<p>R</p>	<p>En la fobia social simple (síntomas fóbicos en situaciones sociales claramente definidas) se recomienda el uso de propranolol antes de la exposición, mientras para la fobia social generalizada el uso de ISRS (paroxetina).</p>	<p>A <i>Guía de recomendaciones clínicas, Ansiedad 2006</i> <i>Primera línea</i> <i>Canadian Psychiatric Association-GPC, 2006</i></p>
<p>E</p>	<p>El tratamiento farmacológico en las fobias específicas es mínimo debido al alto grado de éxito de la terapia de exposición. Existen pocos estudios combinados de BZD y terapia de exposición, en ellos no ha encontrado beneficio adicional con el uso del medicamento.</p>	<p>2 <i>Canadian Psychiatric Association-GPC, 2006</i></p>

R

No dar tratamiento farmacológico en caso de fobias específicas.

Segunda línea
Canadian Psychiatric Association-GPC, 2006

E

En el trastorno obsesivo-compulsivo el tratamiento de primera línea son los antidepresivos ISRS (fluoxetina, , paroxetina, sertralina).
 Los medicamentos de segunda línea son clomipramina, venlafaxina, citalopram y de tercera línea clomipramina IV, escitalopram

1
Canadian Psychiatric Association-GPC, 2006
1a, 1b
[E: Shekelle]
Practice Guideline for the Treatment of Patients with Obsessive-Compulsive Disorder, 2007

E

No se ha demostrado en forma consistente la eficacia de medicamentos como clonazepam en el tratamiento del TOC.

1
Canadian Psychiatric Association-GPC, 2006

R

Para el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo se recomiendan antidepresivos:
 Primera línea: ISRS (fluoxetina, paroxetina, sertralina)
 Segunda línea: clomipramina, venlafaxina, citalopram
 Tercera línea: clomipramina IV escitalopram.

Primera línea
Canadian Psychiatric Association-GPC, 2006
A
 Guía de recomendaciones clínicas, Ansiedad 2006
A
[E: Shekelle]
Practice Guideline for the Treatment of Patients with Obsessive-Compulsive Disorder, 2007

4.3.2 TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado	
<p>E</p>	<p>Múltiples estudios en pacientes con trastorno de ansiedad han demostrado que:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La información al paciente forma parte del manejo integral de los Trastornos de Ansiedad ▪ Si el paciente, y cuando sea apropiado la familia, obtiene información basada en la evidencia sobre la naturaleza y el origen de sus síntomas, las opciones de tratamiento y las posibilidades de manejo de su trastorno de ansiedad se facilita la toma de decisiones compartida ▪ La implicación de los pacientes en el proceso de toma de decisiones y un estilo de consulta basado en la empatía y el entendimiento mejora la satisfacción con la consulta–incrementando la confianza– y los resultados clínicos ▪ La toma de decisiones compartida comienza en el proceso diagnóstico, y se mantiene en todas las fases del proceso asistencial 	<p>4 <i>GPC Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, 2008</i></p>
<p>R</p>	<p>Se debe proporcionar al paciente, y cuando sea apropiado a la familia, información científica basada en la evidencia, sobre sus síntomas, las opciones de tratamiento y las posibilidades de manejo de su trastorno, y tener en cuenta su opinión, para facilitar la toma de decisiones compartida.</p>	<p>D <i>GPC Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, 2008</i></p>
<p>R</p>	<p>Se debe valorar la posibilidad de apoyo familiar, tener en cuenta los recursos sociales disponibles y sugerir los cambios de estilo de vida más apropiados.</p>	<p>D <i>GPC Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, 2008</i></p>
<p>E</p>	<p>La baja calidad metodológica y estudios insuficientes no permiten extraer conclusiones acerca de la eficacia o seguridad de la valeriana, pasionaria, el ginkgo biloba, la calderona amarilla y el preparado de espino blanco, amapola de california y magnesio en el tratamiento de los trastornos de ansiedad.</p>	<p>1+ <i>GPC Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, 2008</i> Ia [E: Shekelle] <i>Miyasaka LS et al, 2008</i></p>

<p>R</p>	<p>No se recomienda el uso de valeriana, pasionaria, ginkgo biloba, calderona amarilla, preparado de espino blanco, amapola de california y magnesio para el manejo de los trastornos de ansiedad.</p>	<p>B <i>GPC Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, 2008</i> A [E: Shekelle] <i>Miyasaka LS et al, 2008</i></p>
<p>E</p>	<p>A pesar de que la terapia de meditación se usa ampliamente para muchas afecciones relacionadas con la ansiedad, faltan estudios sobre pacientes con trastornos por ansiedad.</p>	<p>1a [E: Shekelle] <i>Krisanaprakornkit T et al, 2008</i></p>
<p>R</p>	<p>El escaso número de estudios no permite establecer conclusiones sobre la efectividad de la terapia de meditación en los trastornos de ansiedad.</p>	<p>A [E: Shekelle] <i>Krisanaprakornkit T et al, 2008</i></p>
<p>E</p>	<p>El tratamiento de primera línea para la fobia específica es la terapia de exposición, la cual ofrece en general adecuada solución a los síntomas.</p>	<p>3 <i>Canadian Psychiatric Association-GPC, 2006</i></p>
<p>R</p>	<p>Se debe ofrecer terapia de exposición a los pacientes con presencia de fobia específica por sus resultados benéficos.</p>	<p>Segunda línea <i>Canadian Psychiatric Association-GPC, 2006</i></p>
<p>E</p>	<p>La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) se caracteriza por ser un método activo y directivo, en ella paciente y terapeuta (profesional experto) trabajan en forma conjunta y estructurada, con tareas fuera de sesión.</p>	<p>1++ <i>GPC Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, 2008</i></p>
<p>R</p>	<p>Esta indicada la TCC, realizada por profesionales capacitados que se adhieran a los protocolos de tratamiento fundamentados empíricamente.</p>	<p>A <i>Guía de recomendaciones clínicas, Ansiedad 2006</i></p>
<p>E</p>	<p>La TCC es efectiva para el tratamiento de la TAG, ya que disminuye los síntomas de ansiedad, preocupación y depresión.</p>	<p>1++ <i>GPC Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, 2008</i></p>

E

No hay evidencia de que la TCC aplicada durante más de 6 meses (10 sesiones) consiga una mayor efectividad a más largo plazo.

1++
GPC Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, 2008

R

Para la mayor parte de los pacientes, la TCC se realizará en sesiones semanales de 1 a 2 horas y deberá complementarse en un plazo máximo de 4 meses desde el inicio.

B
Guía de recomendaciones clínicas, Ansiedad 2006

A
GPC Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, 2008

A
NICE, 2007

E

La TCC para el tratamiento del TAG a corto plazo es tan eficaz como la terapia farmacológica, si bien, falta evidencia de comparación para constatar esta eficacia a largo plazo.

1++
GPC Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, 2008

1a
[E: Shekelle]
Hunot V et al, 2008

E

En un meta-análisis al compara la TCC con otras técnicas psicosociales no se pudo concluir que técnica psicosocial es más efectiva en el tratamiento del TAG.

1a
[E: Shekelle]
Hunot V et al, 2008

E

La TCC aumenta significativamente la proporción de personas con mejoría clínica y significativa de los síntomas de pánico a los 6 meses de seguimiento, mejora la calidad de vida del paciente y se asocia con una reducción de los síntomas de tipo depresivo asociados al trastorno.

1++
GPC Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, 2008

E

En una revisión sistemática se encontró que la TCC es un tratamiento efectivo en los pacientes adultos con trastorno obsesivo-compulsivo.

1a
[E: Shekelle]
Gava I et al, 2007

R

La TCC está indicada para:

- Trastorno de Ansiedad Generalizada
- Pánico (con y sin agorafobia)
- Fobia social
- Trastornos de fobias específicas
- Trastorno Obsesivo-Compulsivo.

E

La TCC aplicada de manera individual tiene un efecto similar al del tratamiento en grupo, si bien el individual presenta menores tasas de abandono.

R

La TCC puede ser aplicada de manera individual o en grupo, ya que los efectos son similares, aunque el tratamiento individual con lleva menores tasas de abandono.

E

Existen pocos estudios con buena metodología para saber si el tratamiento combinado (TCC y farmacológico) es superior a cada uno de ellos por separado.

A

Guía de recomendaciones clínicas, Ansiedad 2006

A

GPC Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, 2008

A

*NICE, 2007
Primera línea
Canadian Psychiatric Association-GPC, 2006*

A

[E: Shekelle]

Practice Guideline for the Treatment of Patients with Obsessive-Compulsive Disorder, 2007

A,B

[E: Shekelle]

Practice Guideline for the Treatment of Patients with Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder, 2004

A

[E: Shekelle]

Practice Guideline for the Treatment of Patients with Panic Disorder, 2009

1++

GPC Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, 2008

A

GPC Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, 2008

1+

GPC Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, 2008



Los pocos estudios que comparan directamente la terapia combinada (benzodiazepinas y antidepresivos) vs solo el tratamiento farmacológico, muestran ventaja para la terapia combinada.

1+
GPC Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, 2008



Por su eficacia, en los trastornos de ansiedad se recomienda el tratamiento combinado (TCC y farmacológica), aunque se necesitan más estudios de comparación.

A
GPC Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, 2008


4.4 CRITERIOS DE REFERENCIA

4.4.1 TÉCNICO-MÉDICOS

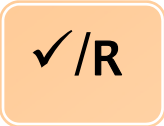
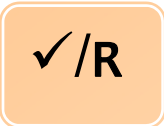
4.4.1.1 REFERENCIA AL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	<p>Deben ser referidos de primer a segundo nivel de atención aquellos pacientes con trastorno de ansiedad con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dificultad o duda diagnóstica • Comorbilidad psiquiátrica u orgánica (depresión mayor, dependencia etílica y/o abuso de sustancias) • Ideación suicida • En caso de persistencia de síntomas a pesar de tratamiento farmacológico y/o no farmacológico por más de 12 semanas • Síntomas muy incapacitantes (adaptación social o laboral).
<p>D <i>Guía de recomendaciones clínicas, Ansiedad 2006</i></p> <p>D <i>NICE, 2007</i></p> <p>D [E: Shekelle] <i>Guía de Buena Práctica Clínica en Depresión y Ansiedad</i></p>	
	<p>En caso de ideación suicida hacer derivación urgente.</p>
	<p>Punto de Buena Práctica</p>

4.4.1.2 REFERENCIA AL TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	<p>Se referirá de Segundo a Tercer nivel de atención a los pacientes que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se haya descartado etiología física y no presenten síntomas de intoxicación con sustancia alguna • Presenten trastorno severo de personalidad con alto grado de impulsividad y riesgo de autoagresión • Presenten trastorno de ansiedad acompañado de síntomas depresivos con alto riesgo suicida • Necesidad de manejo en ambiente controlado <p style="text-align: right;">Punto de Buena Práctica</p>

4.4.1.3 CONTRARREFERENCIA

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	<p>Se referirá de Tercer a Segundo nivel de atención a los pacientes que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hayan alcanzado la estabilidad clínica, en fase de continuación o mantenimiento. • Con máximo beneficio al tratamiento. <p style="text-align: right;">Punto de Buena Práctica</p>
	<p>Se referirá de Segundo a Primer nivel de atención a los pacientes que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En quienes haya remitido la sintomatología y se encuentren en fase de continuación o mantenimiento. • Con máximo beneficio al tratamiento. <p style="text-align: right;">Punto de Buena Práctica</p>

4.5 VIGILANCIA Y SEGUIMIENTO

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado	
<p>E</p>	<p>Cuando se inicie un nuevo tratamiento farmacológico la eficacia y efectos adversos deben ser evaluados. Habrá que tener en cuenta las características específicas de cada medicamento y la evolución clínica del paciente.</p>	<p>IV <i>Guía de recomendaciones clínicas, Ansiedad 2006</i> IV <i>NICE, 2007</i></p>
<p>R</p>	<p>Cuando se inicie un nuevo tratamiento farmacológico el paciente debe ser evaluado en las 2 primeras semanas, y de nuevo a las 4, 6 y 12 semanas.</p>	<p>D <i>Guía de recomendaciones clínicas, Ansiedad 2006</i> D <i>NICE, 2007</i></p>
<p>R</p>	<p>Al cabo de 12 semanas de tratamiento se debe tomar la decisión de continuar con él o considerar una intervención alternativa. En caso de que el medicamento continúe por más de 12 semanas, el paciente deberá ser evaluado cada 8-12 semanas dependiendo de la evolución clínica.</p>	<p>D <i>Guía de recomendaciones clínicas, Ansiedad 2006</i> D <i>NICE, 2007</i></p>

4.6 DÍAS DE INCAPACIDAD EN DONDE PROCEDA

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado	
<p>✓/R</p>	<p>La incapacidad para el trabajo se considera como parte integral del tratamiento en aquellos casos que esta se justifica. Para su expedición deberá tomarse en cuenta el deterioro causado por el trastorno, efectos colaterales del tratamiento y el puesto específico de trabajo.</p> <p>El paciente deberá reintegrarse a su actividad laboral en el menor tiempo posible al lograrse una mejoría en la que la disfuncionalidad no interfiera de manera importante con su desempeño.</p>	<p>Punto de Buena Práctica</p>

6. ANEXOS

6.1 PROTOCOLO DE BÚSQUEDA

Diagnóstico y Tratamiento de Ansiedad en el Adulto Mayor

La búsqueda se realizó en los sitios específicos de Guías de Práctica Clínica, la base de datos de la biblioteca Cochrane y PubMed.

Criterios de inclusión:

Documentos escritos en idioma inglés o español.
Publicados durante los últimos 5 años.
Documentos enfocados a diagnóstico o tratamiento.

Criterios de exclusión:

Documentos de trastornos de ansiedad en niños, adolescentes, mujeres embarazadas o en lactancia y adultos mayores.

Estrategia de búsqueda

Primera etapa

Esta primera etapa consistió en buscar guías de práctica clínica relacionadas con el tema: Diagnóstico y Tratamiento de Trastornos de Ansiedad en el Adulto en PubMed.

La búsqueda fue limitada a humanos, documentos publicados durante los últimos 5 años, en idioma inglés o español, del tipo de documento de guías de práctica clínica y se utilizaron términos validados del MeSh. Se utilizó el término MeSh: Anxiety disorder. En esta estrategia de búsqueda también se incluyeron los subencabezamientos (subheadings): Classification, diagnosis, drug effects, drug therapy, epidemiology, prevention and control, rehabilitation y se limitó a la población de 18 a 64 años, excepto mujeres embarazadas o en lactancia. Esta etapa de la estrategia de búsqueda dio 17 resultados, de los cuales se utilizaron 9 guías por considerarlas pertinentes y de utilidad en la elaboración de la guía.

Protocolo de búsqueda de GPC.**Resultado Obtenido**

("Anxiety Disorders/classification"[Mesh] OR "Anxiety Disorders/diagnosis"[Mesh] OR "Anxiety Disorders/drug effects"[Mesh] OR "Anxiety Disorders/drug therapy"[Mesh] OR "Anxiety Disorders/epidemiology"[Mesh] OR "Anxiety Disorders/prevention and control"[Mesh] OR "Obsessive-Compulsive Disorder"[Mesh] AND ("humans"[MeSH Terms] AND (Meta-Analysis[ptyp] OR Practice Guideline[ptyp])) AND (English[lang] OR Spanish[lang])) AND ("aged"[MeSH Terms] OR "aged, 80 and over"[MeSH Terms]) AND ("2005/01/01"[PDAT] : "2010/01/30"[PDAT]))

Algoritmo de búsqueda

1. Anxiety Disorder [Mesh]
- 2.-Diagnosis [Subheading]
3. Therapy [Subheading]
4. Epidemiology [Subheading]
- 5.Prevention andControl[Subheading]
6. #2 OR #3 OR #4 OR #5
7. #1 And #6
8. 2005[PDAT]: 2010[PDAT]
9. Humans [MeSH]
10. #7 and # 8 and # 9
11. English [lang]
12. Spanish [lang]
13. #11 OR # 12
14. #10 AND # 13
15. Guideline [ptyp]
16. #14 AND #15
17. Aged 18 to 64 years [MesSH]
18. #16 AND #17
19. - # 1 AND (# 2 OR # 3 OR #4 OR #5) AND #8 AND #9 AND (#11 OR #12) and (#15) and #17

Segunda etapa

Una vez que se realizó la búsqueda de guías de práctica clínica en PubMed y al haberse encontrado pocos documentos, se procedió a buscar guías de práctica clínica en sitios Web especializados.

En esta etapa se realizó la búsqueda en 7 sitios de Internet en los que se buscaron guías de práctica clínica, en 7 de estos sitios se obtuvieron 15 documentos, de los cuales se utilizaron 9 documentos para la elaboración de la guía.

No.	Sitio	Obtenidos	Utilizados
1	NGC	1	-
2	TripDatabase	7	5
3	NICE	1	1
4	Singapore Moh Guidelines	0	-
5	AHRQ	1	-
6	SIGN	1	-
7	APA	4	3
Totales		15	9

Tercera etapa

Se realizó una búsqueda de revisiones sistemáticas en la biblioteca Cochrane, relacionadas con el tema de trastornos de ansiedad. Se obtuvieron 12 RS, 7 de los cuales tuvieron información relevante para la elaboración de la guía

6.2 SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE LA EVIDENCIA Y FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN

Criterios para gradar la evidencia

El concepto de Medicina Basada en la Evidencia (MBE) fue desarrollado por un grupo de internistas y epidemiólogos clínicos, liderados por Gordon Guyatt, de la Escuela de Medicina de la Universidad McMaster de Canadá¹. En palabras de David Sackett, *“la MBE es la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia clínica disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes individuales”* (Evidence-Based Medicine Working Group 1992, Sackett DL et al, 1996).

En esencia, la MBE pretende aportar más ciencia al arte de la medicina, siendo su objetivo disponer de la mejor información científica disponible -la evidencia- para aplicarla a la práctica clínica (Guerra Romero L, 1996)

La fase de presentación de la evidencia consiste en la organización de la información disponible según criterios relacionados con las características cualitativas, diseño y tipo de resultados de los estudios disponibles. La clasificación de la evidencia permite emitir recomendaciones sobre la inclusión o no de una intervención dentro de la GPC (Jovell AJ et al, 2006)

Existen diferentes formas de gradar la evidencia (Harbour R 2001) en función del rigor científico del diseño de los estudios pueden construirse escalas de clasificación jerárquica de la evidencia, a partir de las cuales pueden establecerse recomendaciones respecto a la adopción de un determinado

procedimiento médico o intervención sanitaria (Guyatt GH et al, 1993). Aunque hay diferentes escalas de gradación de la calidad de la evidencia científica, todas ellas son muy similares entre sí.

A continuación se presentan las escalas de evidencia de cada una de las GPC utilizadas como referencia para la adopción y adaptación de las recomendaciones.

NIVEL DE EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES UTILIZADAS EN CANADIAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. CLINICAL PRACTICE GUIDELINE MANAGEMENT OF ANXIETY DISORDER. 2006

Nivel de evidencia	Interpretación
1	Meta-análisis o ensayos clínicos controlados que incluyen placebo
2	Por lo menos un ensayo clínico con placebo o comparación activa
3	Estudios no controlados por lo menos con 10 o más sujetos
4	Opinión de expertos o reportes de expertos

Nivel de recomendaciones	Interpretación de la evidencia
Primera línea	Evidencia nivel 1 o nivel 2 más apoyo clínico para eficacia y seguridad
Segunda línea	Evidencia nivel 3 o mayor más apoyo clínico para eficacia y seguridad
Tercera línea	Evidencia nivel 4 o mayor más apoyo clínico para eficacia y seguridad
No recomendada	Evidencia nivel 1 o nivel 2 por falta de eficacia

Fuente: Canadian Psychiatric Association. Clinical Practice Guideline Management of Anxiety Disorder. 2006

NIVEL DE EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES UTILIZADAS EN GUÍA DE RECOMENDACIONES CLÍNICAS ANSIEDAD. ASTURIAS 2006

Nivel de recomendación	Grado de evidencia	Origen de la evidencia
A	I	Estudios aleatorizados y controlados, con gran cantidad de datos más de 300 casos
B	II	Estudios aleatorizados y controlados, con una cantidad limitada de datos, mayor de 30 casos
C	III	Estudios observacionales, no aleatorizados, ensayos con menos de 30 casos
D	IV	Opiniones de expertos, comité de consenso

Fuente: Guía de Recomendaciones Clínicas Ansiedad, Asturias 2006.

NIVEL DE EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES UTILIZADAS EN GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL MANEJO DE PACIENTES CON TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA. MADRID. 2008

Niveles de evidencia	
1++	Metanálisis de alta calidad, revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorios (ECA) o ECA de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo
1+	Metaanálisis bien realizados, revisiones sistemáticas de ECA o ECA bien realizados con poco riesgo de sesgo
1-	Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ECA o ECA con alto riesgo de sesgo
2++	Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohorte o casos y controles Estudios de cohorte o casos y controles con riesgo muy bajo de sesgo y con alta probabilidad de establecer una relación causal
2+	Estudios de cohorte o casos y controles bien realizados con bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal
2-	Estudios de cohorte o casos y controles con alto riesgo de sesgo y riesgo significativo de que la relación no sea causal
3	Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos
4	Opinión de expertos
Nota: Los estudios clasificados como 1- y 2- no deben usarse en el proceso de elaboración de las recomendaciones por su alta posibilidad de sesgo.	
Grado de recomendación	
A	Al menos un metaanálisis, revisión sistemática o ensayo clínico clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la guía; o un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos
B	Un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 2++, directamente aplicable a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 1++ o 1+
C	Un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 2+, directamente aplicable a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2++
D	Evidencia científica de nivel 3 ó 4; evidencia científica extrapolada de estudios clasificados como 2+
√	Práctica recomendada, basada en la experiencia clínica y el consenso del equipo redactor.

Nota: En ocasiones el grupo elaborador se percata de que existe algún aspecto práctico importante sobre el que se quiere hacer énfasis y para el cual no existe, probablemente, ninguna evidencia científica que lo soporte. En general estos casos están relacionados con algún aspecto del tratamiento considerado buena práctica clínica y que nadie cuestionaría habitualmente. Estos aspectos son valorados como puntos de buena práctica clínica. Estos mensajes no son una alternativa a las recomendaciones basadas en la evidencia científica, sino que deben considerarse únicamente cuando no existe otra manera de destacar dicho aspecto.

Fuente: Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Madrid. 2008

ESCALA DE EVIDENCIA Y RECOMENDACIÓN UTILIZADA EN LA GUÍA MANAGEMENT OF ANXIETY (PANIC DISORDER, WITH O WITHOUT AGORAPHOBIA, AND GENERALIZED ANXIETY DISORDER) IN ADULTS IN PRIMARY, SECONDARY AND COMMUNITY CARE. NICE 2007

Calidad de la evidencia	
I	Evidencia obtenida de meta-análisis de estudios clínicos controlados o al menos un ensayo controlado aleatorio
II	Evidencia obtenida de al menos un ensayo controlado no aleatorio o por lo menos algún otro tipo de estudio cuasiexperimental
III	Evidencia obtenida de estudios descriptivos no experimentales, como estudios comparativos, estudios de correlación y estudios de casos y controles
IV	Opinión de autoridades respetadas, basadas en la experiencia clínica o reportes de comité de expertos.
Clasificación de recomendaciones	
A	Basada directamente sobre evidencia tipo I
B	Basada directamente sobre evidencia tipo II o recomendación extrapolada de evidencia tipo I
C	Basada directamente sobre evidencia tipo III o recomendación extrapolada de evidencia tipo I o II
D	Basada directamente sobre evidencia tipo IV o recomendación extrapolada de evidencia tipo I, II o III

Fuente: National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Management of anxiety (panic disorder, with o without agoraphobia, and generalized anxiety disorder) in adults in primary, secondary and community care. 2007.

ESCALA DE EVIDENCIA Y RECOMENDACIÓN UTILIZADA EN LA GUÍA CLÍNICA PARA TRASTORNOS DE ANSIEDAD IMSS (SHEKELLE).

Categorías de la evidencia	Fuerza de la recomendación
Ia. Evidencia para meta análisis de estudios clínicos aleatorizados	A. Directamente basada en evidencia categoría I.
Ib. Evidencia de por lo menos un estudio clínico controlado aleatorizado	
IIa. Evidencia de por lo menos un estudio controlado sin aleatorización	B. Directamente basada en evidencia categoría II ó recomendaciones extrapoladas de evidencia I.
IIb. Al menos otro tipo de estudio cuasiexperimental o estudios de cohorte	
III. Evidencia de un estudio descriptivo no experimental, tal como estudios comparativos, estudios de correlación, casos y controles y revisiones clínicas	C. Directamente basada en evidencia categoría III o en recomendaciones extrapoladas de evidencia categorías I ó II.
IV. Evidencia de comité de expertos, reportes, opiniones o experiencia clínica de autoridades en la materia o ambas	D. Directamente basada en evidencia categoría IV o de recomendaciones extrapoladas, de evidencias categoría II ó III

Modificado de: Shekelle P, Wolf S, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines. Developing guidelines. BMJ 1999; 3:18:593-59

6.3 CLASIFICACIÓN O ESCALAS DE LA ENFERMEDAD

CUADRO 1. DIFERENCIAS ENTRE ANSIEDAD NORMAL Y PATOLÓGICA

	ANSIEDAD NORMAL	ANSIEDAD PATOLÓGICA
CARACTERÍSTICAS GENERALES	Episodios poco frecuentes. Intensidad leve o media. Duración limitada.	Episodios repetidos. Intensidad alta. Duración prolongada.
SITUACIÓN O ESTÍMULO ESTRESANTE	Reacción esperable y común.	Reacción desproporcionada.
GRADO DE SUFRIMIENTO	Limitado y transitorio.	Alto y duradero.
GRADO DE INTERFERENCIA EN LA VIDA COTIDIANA	Ausente o ligero.	Profundo.

CUADRO 2. SÍNTOMAS DE ANSIEDAD (FÍSICOS, PSICOLÓGICOS Y CONDUCTUALES)

Síntomas físicos	Síntomas psicológicos y conductuales
Vegetativos: sudoración, sequedad de boca, mareo, inestabilidad	Preocupación, aprensión
Neuromusculares: temblor, tensión muscular, cefaleas, parestesias	Sensación de agobio
Cardiovasculares: palpitaciones, taquicardias, dolor precordial	Miedo a perder el control, a volverse loco o sensación de muerte inminente
Respiratorios: disnea	Dificultad de concentración, quejas de pérdida de memoria
Digestivos: náuseas, vómitos, dispepsia, diarrea, estreñimiento, aerofagia, meteorismo	Irritabilidad, inquietud, desasosiego
Genitourinarios: micción frecuente, problemas de La esfera sexual	Conductas de evitación de determinadas situaciones
	Inhibición o bloqueo psicomotor obsesiones o compulsiones

Fuente: Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Madrid. 2008

CUADRO 3. CONDICIONES MÉDICAS NO PSIQUIÁTRICAS QUE SE ASOCIAN CON ANSIEDAD

No causales*	Causales**
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Post Infarto de miocardio ▪ Angina de pecho ▪ Arritmias cardíacas ▪ Diabetes Mellitus ▪ Asma ▪ Enfermedad pulmonar obstructiva crónica ▪ Dismorfia ▪ Hipocondriasis ▪ Epilepsia 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Climaterio ▪ Hipertiroidismo ▪ Hiperparatiroidismo ▪ Hiper o hipoglucemia ▪ Feocromocitoma (muy raro)

*Se refiere a la coexistencia de ansiedad como reacción psicológica a las condiciones listadas.

**La ansiedad es una manifestación biológica de la condición clínica.

CUADRO 4. SUSTANCIAS* QUE PUEDEN PRODUCIR SÍNTOMAS DE ANSIEDAD

<ul style="list-style-type: none"> • Antigripales: efedrina, pseudoefedrina y antihistamínicos. • Broncodilatadores: salbutamol, albuterol, aminofilina y teofilina • Hormonas tiroideas • Esteroides incluyendo los anabólicos • Antidepresivos (en uso terapéutico, los síntomas se autolimitan en una semana) • Medicamentos supresores del apetito • Estimulantes: cafeína, cocaína, anfetaminas • Otras: tabaco, marihuana, inhalables
<ul style="list-style-type: none"> • Los síntomas pueden presentarse por la supresión de alcohol, benzodiazepinas, ansiolíticos, drogas como la cocaína

*El clínico debe descartar si los síntomas atribuidos al cuadro de ansiedad están relacionados al uso o abuso de medicamentos.

CUADRO 5. ESCALA DE HAMILTON PARA ANSIEDAD (HARS)

Esta escala especifica la severidad de los síntomas ansiosos en aquellos pacientes diagnosticados con alguno de los trastornos de ansiedad. En su diseño, la escala es precedida de unas breves instrucciones para el médico o el entrevistador en las que se precisa el rango de puntuación según la intensidad de los síntomas a saber: ausente = 0; leve = 1; moderado = 2; severo = 3; y grave o totalmente incapacitado = 4.

1.- Humor ansioso	Inquietud, espera de lo peor, aprehensión, (anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	2	3	4
2.- Tensión	Sensación de tensión, fatigabilidad, sobresaltos, llanto fácil, temblor, sensación de no poder quedarse en un solo lugar, incapacidad de relajarse	0	1	2	3	4
3.- Miedos	A la oscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo, a los animales, al tráfico, a la multitud	0	1	2	3	4
4.- Insomnio	Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido, sueño no satisfactorio con cansancio al despertar, sueños penosos, pesadillas, terrores nocturnos.	0	1	2	3	4
5.- Funciones intelectuales	Dificultad en la concentración, mala memoria.	0	1	2	3	4
6.- Humor depresivo	Falta de interés, no disfrutar ya con los pasatiempos, tristeza, insomnio de madrugada, variaciones de humor durante el día.	0	1	2	3	4
7.- Síntomas somáticos (musculares)	Dolores y cansancio muscular, rigidez, sacudidas mioclónicas, chirrido de dientes, voz poco firme, tono muscular aumentado.	0	1	2	3	4
8.- Síntomas somáticos generales (sensoriales)	Zumbido de oídos, visión borrosa, sofocos o escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4
9.- Síntomas cardiovasculares	Taquicardia, palpitaciones, dolores en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístoles	0	1	2	3	4
10.- Síntomas respiratorios	Peso u opresión torácica, sensación de ahogo, suspiros, disnea	0	1	2	3	4
11.- Síntomas gastrointestinales	Dificultad para deglutir, meteorismo, dolor abdominal, náusea, vómitos, borborigmo, sensación de estómago vacío, pérdida de peso, estreñimiento.	0	1	2	3	4
12.- Síntomas genitourinarios	Micciones frecuentes, urgencia de micción, amenorrea, menorragia, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, pérdida del apetito sexual, disfunción eréctil.	0	1	2	3	4
13.- Síntomas del sistema nervioso vegetativo	Boca seca, accesos de rubor, palidez, transpiración excesiva, vértigo, cefalea por tensión, erectismo piloso.	0	1	2	3	4
14.- Comportamiento agitado	Agitado, inquieto o dando vueltas,	0	1	2	3	4

durante la entrevista	manos temblorosas, ceño fruncido, facies tensa, suspiros o respiración agitada, palidez, tragar saliva, eructos, rápidos movimientos de los tendones, midriasis, exoftalmos.	
	TOTAL	
<p>No existen puntos de corte para distinguir población con y sin trastornos de ansiedad, dado que su calificación es de 0 a 56 puntos, el resultado debe interpretarse cualitativamente en términos de intensidad y de ser posible diferenciar entre la ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y la ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Una puntuación mayor o igual a 15 corresponde a ansiedad moderada/grave (amerita tratamiento) ➤ Una puntuación de 6 a 14 corresponde a ansiedad leve ➤ Una puntuación de 0 a 5 corresponde a ausencia o remisión del trastorno. 		

Rubro	Calificación	Rubro	Calificación
Ansiedad		Somática (sensorial)	
Tensión		Síntomas cardiovasculares	
Temores		Síntomas respiratorios	
Insomnio (cognoscitivo)		Síntomas gastrointestinales	
Intelectual		Síntomas genitourinarios	
Afecto depresivo		Síntomas autonómicos	
Somático (muscular)		Comportamiento ante la entrevista	

Fuente: Sánchez PJA, López CA. Escalas Diagnósticas y de Evaluación que se utilizan en Atención Primaria para Ansiedad y Depresión. Salud Mental en Atención Primaria.2005

Cuadro 6. Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)				
Instrucciones: Abajo hay una lista que contiene los síntomas más comunes de la ansiedad. Lea cuidadosamente cada afirmación. Indique cuánto le ha molestado cada síntoma durante la última semana, inclusive hoy, marcando con una X según la intensidad de la molestia.				
Señale una respuesta en cada uno de los 21 rubros	Poco o nada (0)	Más o menos (1)	Moderadamente (2)	Severamente (3)
1.- Entumecimiento, hormigueo				
2.- Sentir oleadas de calor (bochorno)				
3.- Debilitamiento de las piernas				
4.- Dificultad para relajarse				
5.- Miedo a que pase lo peor				
6.- Sensación de mareo				
7.- Opresión en el pecho, o latidos acelerados				
8.- Inseguridad				
9.- Terror				
10.- Nerviosismo				
11.- Sensación de ahogo				
12.- Manos temblorosas				
13.- Cuerpo tembloroso				
14.- Miedo a perder el control				
15.- Dificultad para respirar				
16.- Miedo a morir				
17.- Asustado				
18.- Indigestión o malestar estomacal				
19.- Debilidad				
20.- Ruborizarse, sonrojamiento				
21.- Sudoración no debida al calor				
No existe punto de corte aceptado para distinguir entre población normal y ansiedad. La puntuación media en pacientes con ansiedad es de 25.7 y en sujetos normales es de 15.8.				

Fuente: Beck AT, Steer RA. Relationship between the Beck Anxiety Inventory and the Hamilton Anxiety Rating Scale with anxious outpatients. 1991.

CUADRO 7. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE INVESTIGACIÓN CIE 10

A. Un período de al menos seis meses de notable ansiedad, preocupación y sentimientos de aprensión (justificados o no), en relación con acontecimientos y problemas de la vida cotidiana.
B. Por lo menos cuatro de los síntomas listados abajo deben estar presentes, y al menos uno de los listados entre (1) y (4).
<p><i>Síntomas autonómicos</i></p> <p>1) Palpitaciones o golpeo del corazón, o ritmo cardíaco acelerado. 2) Sudoración. 3) Temblores o sacudidas de los miembros. 4) Sequedad de boca (no debida a la medicación o deshidratación).</p>
<p><i>Síntomas en el pecho y abdomen</i></p> <p>5) Dificultad para respirar. 6) Sensación de ahogo. 7) Dolor o malestar en el pecho. 8) Náusea o malestar abdominal (por ejemplo: estómago revuelto)</p>
<p><i>Síntomas relacionados con el estado mental</i></p> <p>9) Sensación de mareo, inestabilidad, o desvanecimiento. 10) Sensación de que los objetos son irreales (desrealización), o de sentirse lejos de la situación o “fuera” de ella (despersonalización). 11) Sensación de perder el control, “volverse loco” o de muerte inminente. 12) Miedo a morir.</p>
<p><i>Síntomas generales</i></p> <p>13) Sofocos o escalofríos 14) Sensación de entumecimiento u hormigueo. <i>Síntomas de tensión</i> 15) Tensión muscular o dolores y parestesias. 16) Inquietud y dificultad para relajarse. 17) Sentimiento de estar “al límite” o bajo presión o de tensión mental. 18) Sensación de nudo en la garganta o dificultad para tragar.</p>
<p><i>Otros síntomas no específicos</i></p> <p>19) Respuesta de alarma exagerada a pequeñas sorpresas o sobresaltos. 20) Dificultad para concentrarse o sensación de tener la mente en blanco, debido a la preocupación o ansiedad. 21) Irritabilidad persistente. 22) Dificultad para conciliar el sueño debido a las preocupaciones.</p>
C. El trastorno no satisface todos los criterios para trastorno de pánico (F41.0), trastorno de ansiedad fóbica (F40.-), trastorno obsesivo-compulsivo (F42.-) o trastorno hipocondríaco (F45.2).
D. <i>Criterio de exclusión más frecuentemente usado:</i> El trastorno no se debe a un trastorno orgánico específico, tal como hipertiroidismo, un trastorno mental orgánico (F00-F09), o un trastorno por consumo de sustancias psicoactivas (F10-F19), tales como un consumo excesivo de sustancias de efectos anfetamínicos o abstinencia a benzodiazepinas.

CUADRO 8. PAUTAS DIAGNÓSTICAS DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD CIE 10

F40.0 Agorafobia

Pautas para el diagnóstico

- a) Los síntomas, psicológicos o vegetativos, son manifestaciones primarias de ansiedad y no secundarias a otros síntomas, como por ejemplo ideas delirantes u obsesivas.
- b) Esta ansiedad se limita o predomina en al menos dos de las siguientes situaciones: multitudes, lugares públicos, viajar lejos de casa o viajar solo.
- c) La evitación de la situación fóbica es, o ha sido, una característica destacada.

La presencia o ausencia de trastorno de pánico (F41.0) en la situación que induce la agorafobia en la mayoría de los casos puede ser recogida mediante un quinto carácter:

F40.00 Sin trastorno de pánico

F40.01 Con trastorno de pánico

Incluye: Trastorno de pánico con agorafobia

F40.1 Fobias sociales

Pautas para el diagnóstico

- a) Los síntomas psicológicos, comportamentales o vegetativos, son manifestaciones primarias de la ansiedad y no secundarias a otros síntomas como por ejemplo ideas delirantes u obsesivas.
- b) Esta ansiedad se limita o predomina en situaciones sociales concretas y determinadas.
- c) La situación fóbica es evitada, cuando ello es posible.

Incluye:

Antropofobia.

Neurosis social.

F40.2 Fobias específicas (aisladas)

Pautas para el diagnóstico

- a) Los síntomas, psicológicos o vegetativos, son manifestaciones primarias de la ansiedad y no secundarias a otros síntomas como, por ejemplo, ideas delirantes u obsesivas.
- b) Esta ansiedad se limita a la presencia de objetos o situaciones fóbicas específicos.
- c) Estas situaciones son evitadas, en la medida de lo posible.

Incluye:

Zoofobias.

Claustrofobia.

Acrofobia.

Fobia a los exámenes.

Fobia simple.

F41.0 Trastornos de pánico (ansiedad paroxística episódica)**Pautas para el diagnóstico**

Las crisis de pánico que se presentan en una situación fóbica consolidada se consideran expresión de la gravedad de la fobia y ésta tiene preferencia para el diagnóstico. El trastorno de pánico es el diagnóstico principal sólo en ausencia de cualquiera de las fobias de F40.-.

Para un diagnóstico definitivo deben de presentarse varios ataques graves de ansiedad vegetativa al menos durante el período de un mes:

- a) En circunstancias en las que no hay un peligro objetivo.
- b) No deben presentarse sólo en situaciones conocidas o previsibles.
- c) En el período entre las crisis el individuo debe además estar relativamente libre de ansiedad aunque es frecuente la ansiedad anticipatoria leve.

Incluye:

Ataques de pánico.

Estados de pánico.

F41.1 Trastorno de Ansiedad Generalizada**Pautas para el diagnóstico**

El afectado debe tener síntomas de ansiedad la mayor parte de los días durante al menos varias semanas seguidas. Entre ellos deben estar presentes rasgos de:

- a) Aprensión (preocupaciones acerca de calamidades venideras, sentirse "al límite", dificultades de concentración, etc.).
- b) Tensión muscular (agitación e inquietud psicomotrices, cefaleas de tensión, temblores, incapacidad de relajarse).
- c) Hiperactividad vegetativa (mareos, sudoración, taquicardia o taquipnea, molestias epigástricas, vértigo, sequedad de boca, etc.).

En los niños suelen ser llamativas la necesidad constante de seguridad y las quejas somáticas recurrentes.

La presencia transitoria (durante pocos días seguidos) de otros síntomas, en particular de depresión, no descarta un diagnóstico principal de trastorno de ansiedad generalizada, pero no deben satisfacerse las pautas de episodio depresivo (F32.-), trastorno de ansiedad fóbica (F40.-), trastorno de pánico (F41.0) o trastorno obsesivo-compulsivo (F42.-).

Incluye:

Estado de ansiedad.

Neurosis de ansiedad. Reacción de ansiedad.

Excluye: Neurastenia (F48.0).

F42 Trastorno obsesivo compulsivo

Pautas para el diagnóstico

Para un diagnóstico definitivo deben estar presentes y ser una fuente importante de angustia o de incapacidad durante la mayoría de los días al menos durante dos semanas sucesivas, síntomas obsesivos, actos compulsivos o ambos. Los síntomas obsesivos deben tener las características siguientes:

- a) Son reconocidos como pensamientos o impulsos propios.
- b) Se presenta una resistencia ineficaz a por lo menos uno de los pensamientos o actos, aunque estén presentes otros a los que el enfermo ya no se resista.
- c) La idea o la realización del acto no deben ser en sí mismas placenteras (el simple alivio de la tensión o ansiedad no debe considerarse placentero en este sentido).
- d) Los pensamientos, imágenes o impulsos deben ser reiterados y molestos.

Incluye:

Neurosis obsesivo-compulsiva.

Neurosis obsesiva.

Neurosis anancástica

6.4 MEDICAMENTOS

CUADRO I. MEDICAMENTOS INDICADOS EN EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD

Clave	Principio Activo	Dosis recomendada	Presentación	Tiempo (período de uso)	Efectos adversos	Interacciones	Contraindicaciones
2499	Alprazolam	2-4 mg al día (Iniciar con 2 mg y manejar a dosis respuesta)	0.5, 1 y 2 mg con 30 tabs	De 4-8 semanas con horario, posteriormente a necesidad clínica	Sedación, torpeza psicomotriz, debilidad y fatiga, ataxia o incoordinación motora, sequedad de boca, puede provocar disfunción sexual, visión borrosa, cefalea, sensación de palpitaciones y taquicardia, alteraciones gastrointestinales como náusea, vómito y estreñimiento o diarrea, en casos raros puede haber confusión mental e insomnio y menos frecuentemente hipotensión arterial y sialorrea.	Se incrementan los niveles séricos con: Anticonceptivos orales, cimetidina, disulfiram, eritromicina, heparina, isoniazida, inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina, provenedid, valproatos y probablemente el ketoconazol. Su uso aumenta los niveles séricos de: Fenitoína, antidepresivos tricíclicos y probablemente de digoxina. Puede provocar efectos secundarios significativos y graves con el uso concomitante con: etanol y opiáceos. Puede tener un efecto opuesto con: acetazolamida y teofilina. La carbamazepina disminuye la concentración plasmática, en tanto el valproato la aumenta.	Absolutas: Hipersensibilidad al fármaco. Miastenia Grave y apnea del sueño. Relativas: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedad o insuficiencia hepática o renal, Porfirio, glaucoma y adicción a sustancias. Durante el embarazo no se aconseja su utilización, particularmente en el primer trimestre, al igual que durante la lactancia.

Clave	Principio Activo	Dosis recomendada	Presentación	Tiempo (período de uso)	Efectos adversos	Interacciones	Contraindicaciones
4482	Bromacepam	6-12 mg/día Iniciar con 6 mg y manejar a dosis respuesta)	3 mg (30 tabs)	De 4-8 semanas con horario, posteriormente a necesidad clínica	Sedación, torpeza psicomotriz, debilidad y fatiga, ataxia o incoordinación motora, sequedad de boca, puede provocar disfunción sexual, visión borrosa, cefalea, sensación de palpitaciones y taquicardia, alteraciones gastrointestinales como náusea, vómito y estreñimiento o diarrea, en casos raros puede haber confusión mental e insomnio y menos frecuentemente hipotensión arterial y sialorrea.	Se incrementan los niveles séricos con: Anticonceptivos orales, cimetidina, disulfiram, eritromicina, heparina, isoniazida, ISRS, provenecid, valproatos y probablemente el ketoconazol. Su uso aumenta los niveles séricos de: Fenitoína, antidepresivos tricíclicos y probablemente de digoxina. Puede provocar efectos secundarios significativos y graves con el uso concomitante con: etanol y opiáceos. Puede tener un efecto opuesto con: acetazolamida y teofilina La carbamazepina disminuye la concentración plasmática, en tanto el valproato la aumenta.	Absolutas: Hipersensibilidad al fármaco. Miastenia Gravis y apnea del sueño. Relativas: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedad o insuficiencia hepática o renal, Porfiria, glaucoma y adicción a sustancias. Durante el embarazo no se aconseja su utilización, particularmente en el primer trimestre, al igual que durante la lactancia.
5487	Citalopram	20-60 mg/día (Iniciar con 20 mg e incrementar 20 mg cada 5 días)	20 mg (14 y 28 tabs)	Exclusivamente durante la fase depresiva	Frecuentes: Náusea y boca seca Menos frecuentes: Bradicardia, somnolencia y disfunciones sexuales. Muy raros: Sangrados anormales	Se potencializa su efecto por la fluvoxamina. Aumenta el efecto antiarrítmico y betabloqueador de: metoprolol y propanolol Potencia el efecto de los antidepresivos tricíclicos y de anti-psicóticos principalmente típicos. Se incrementa la posibilidad de efectos secundarios severos o graves con el uso concomitante con buspirona, IMAO y el sumatriptan	Absolutas: Hipersensibilidad al fármaco, pacientes con deshidratación o pérdida de electrolitos Relativas. Embarazo y lactancia, insuficiencia hepática

Clave	Principio Activo	Dosis recomendada	Presentación	Tiempo (período de uso)	Efectos adversos	Interacciones	Contraindicaciones
2612	Clonacepam	2-6 mg/día (Iniciar con 2 mg y manejar a dosis respuesta)	2 mg (30 Tabs)	De 4-8 semanas con horario, posteriormente a necesidad clínica	Sedación, torpeza psicomotriz, debilidad y fatiga, ataxia o incoordinación motora, sequedad de boca, puede provocar disfunción sexual, visión borrosa, cefalea, sensación de palpitaciones y taquicardia, alteraciones gastrointestinales como náusea, vómito y estreñimiento o diarrea, en casos raros puede haber confusión mental e insomnio y menos frecuentemente hipotensión arterial y sialorrea.	Se incrementan los niveles séricos con: Anticonceptivos orales, cimetidina, disulfiram, eritromicina, heparina, isoniazida, ISRS, provenecid, valproatos y probablemente el ketoconazol. Su uso aumenta los niveles séricos de: Fenitoína, antidepresivos tricíclicos y probablemente de digoxina. Puede provocar efectos secundarios significativos y graves con el uso concomitante con: etanol y opiáceos. Puede tener un efecto opuesto con: acetazolamida y teofilina La carbamazepina disminuye la concentración plasmática, en tanto el valproato la aumenta.	Absolutas: Hipersensibilidad al fármaco. Miastenia Grave y apnea del sueño. Relativas: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedad o insuficiencia hepática o renal, Porfirio, glaucoma y adicción a sustancias. Durante el embarazo no se aconseja su utilización, particularmente en el primer trimestre, al igual que durante la lactancia.

Clave	Principio Activo	Dosis recomendada	Presentación	Tiempo (período de uso)	Efectos adversos	Interacciones	Contraindicaciones
4483	Fluoxetina	20-80 mg al día (Iniciar con 20 mg e incrementar 20 mg cada 5 días)	20 mg con 14 o 28 tabs	De 18 a 24 meses	Nerviosismo, ansiedad, insomnio, bradicardia, arritmias, congestión nasal, trastornos visuales, malestar respiratorio, disfunción sexual, retención urinaria, reacciones de hipersensibilidad	Con warfarina y digitoxina se potencian sus efectos adversos. Incrementa el efecto de los depresores del SNC. Con triptano (eletriptán, rizatriptán, sumatriptán y zolmitriptano) se presenta el Síndrome Serotoninérgico grave con riesgo para la vida. Pueden bloquear el efecto analgésico de la codeína e incrementar los niveles de este fármaco, Pueden incrementar niveles de beta bloqueadores Tienen efecto sobre el sistema microsómico hepático (citocromo P450) Interacciona con hipoglucemiantes orales, favorece hipoglucemia por un aumento del efecto de hipoglucemiantes,	Riesgo en el embarazo. Hipersensibilidad al fármaco.

Clave	Principio Activo	Dosis recomendada	Presentación	Tiempo (período de uso)	Efectos adversos	Interacciones	Contraindicaciones
3302	Imipramina	150-250 mg al día (Iniciar con 50 mg e incrementar de 25-50 mg cada 5 días)	25 mg con 20 tabs	De 18 a 24 meses	Insomnio, sedación, sequedad de mucosas, mareo, estreñimiento, visión borrosa, hipotensión o hipertensión arterial, taquicardia, disuria.	Con inhibidores de la MAO aumentan los efectos adversos. Puede bloquear el efecto de la guanetidina y clonidina; potencia la depresión producida por el alcohol.	Hipersensibilidad al fármaco o a los antidepresivos tricíclicos. Uso no aconsejado en pacientes con: Retención urinaria y estreñimiento Con alto riesgo suicida (por toxicidad en sobredosis) Cardiópatas Múltiples medicaciones

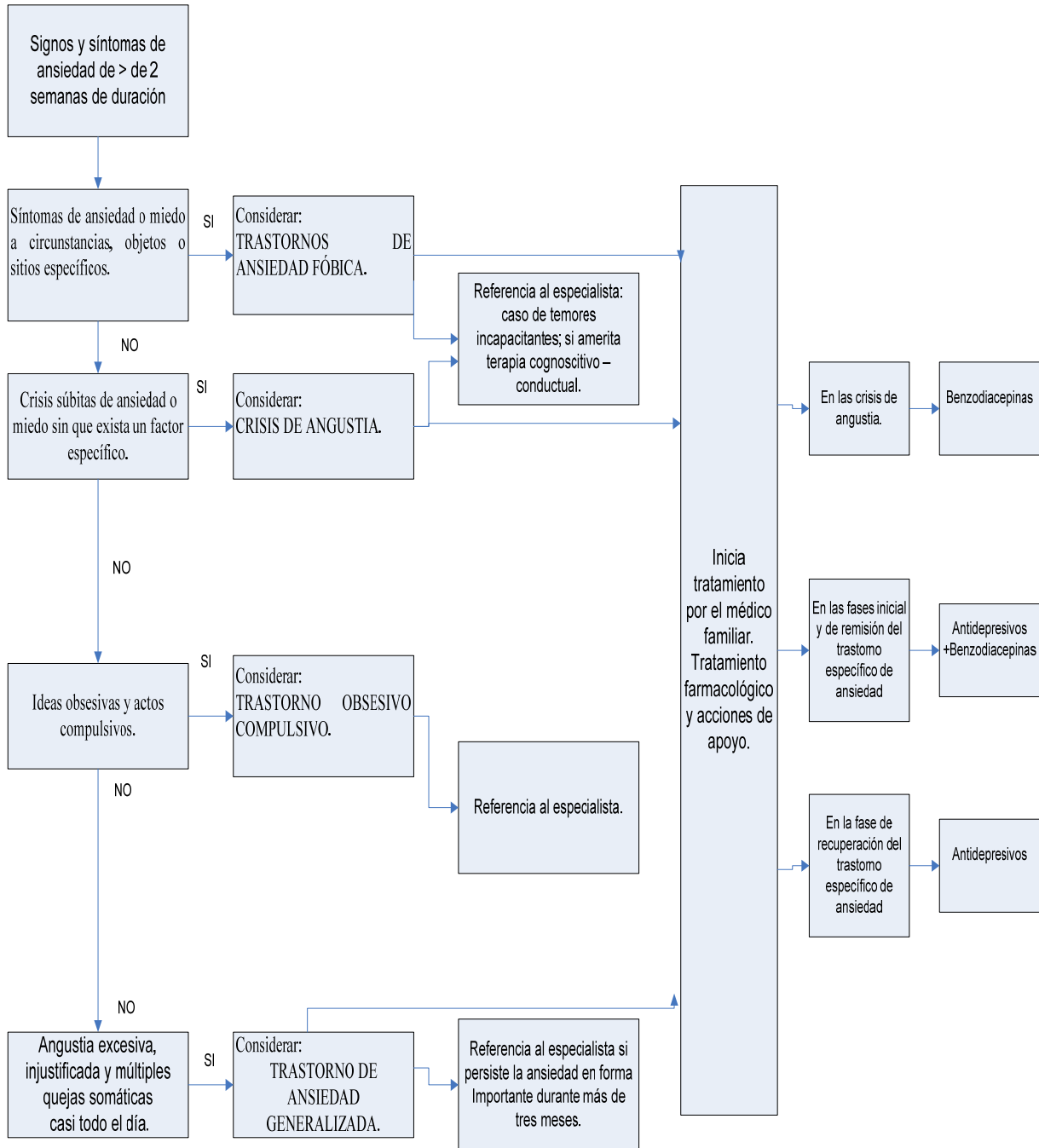
Clave	Principio Activo	Dosis recomendada	Presentación	Tiempo (período de uso)	Efectos adversos	Interacciones	Contraindicaciones
5478	Loracepam	2-5 mg/día Iniciar con 2 mg y manejar a dosis respuesta)	1 mg (40 tabs)	De 4-8 semanas con horario, posteriormente a necesidad clínica	Sedación, torpeza psicomotriz, debilidad y fatiga, ataxia o incoordinación motora, sequedad de boca, puede provocar disfunción sexual, visión borrosa, cefalea, sensación de palpitaciones y taquicardia, alteraciones gastrointestinales como náusea, vómito y estreñimiento o diarrea, en casos raros puede haber confusión mental e insomnio y menos frecuentemente hipotensión arterial y sialorrea.	Se incrementan los niveles séricos con: Anticonceptivos orales, disulfiram, eritromicina, heparina, isoniazida, ISRS, provenecid, valproatos y probablemente el ketoconazol. Su uso aumenta los niveles séricos de: Fenitoína, antidepresivos tricíclicos y probablemente de digoxina. Puede provocar efectos secundarios significativos y graves con el uso concomitante con: etanol y opiáceos. Puede tener un efecto opuesto con: acetazolamida y teofilina La CBZ disminuye la concentración en plasma, en tanto el valproato la aumenta.	Absolutas: Hipersensibilidad al fármaco. Miastenia Grave y apnea del sueño. Relativas: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedad o insuficiencia hepática o renal, Porfirio, glaucoma y adicción a sustancias. Durante el embarazo no se aconseja su utilización, particularmente en el primer trimestre, al igual que durante la lactancia.

Clave	Principio Activo	Dosis recomendada	Presentación	Tiempo (período de uso)	Efectos adversos	Interacciones	Contraindicaciones
5481	Paroxetina	40-80 mg al día (Iniciar con 20 mg e incrementar 20 mg cada 5 días)	20 mg con 10 tabletas	De 18 a 24 meses	Náusea, somnolencia, cefalea, estreñimiento, sudoración, temblor, astenia, disfunción sexual, hipotensión postural.	Incrementa el efecto de los IMAO, antidepresivos tricíclicos, fenotiacinas, diuréticos y anti-arrítmicos. Aumenta los efectos adversos de los digitálicos. Con triptanos (sumatriptán y zolmitriptano) se presenta el Síndrome Serotoninérgico grave con riesgo para la vida. También pueden bloquear el efecto analgésico de la codeína e incrementar los niveles de este fármaco, incrementan niveles de betabloqueadores Aumento de niveles de antipsicóticos	Riesgo en el embarazo. Hipersensibilidad al fármaco.
4484 (SS e IMSS)	Sertralina	100-200 mg al día (Iniciar con 50-100 mg e incrementar 50 mg cada 5 días)	50 mg con 14 cápsulas o tabletas	De 18 a 24 meses	Náusea, diarrea, dolor abdominal, mareo, hipotensión arterial, palpaciones, edema, disfunción sexual masculina.	Con warfarina aumenta efectos anticoagulantes por desplazamiento de proteínas plasmáticas. Disminuye la eliminación de diazepam y sulfonilureas. Con triptanos (sumatriptán y zolmitriptano) se presenta el Síndrome Serotoninérgico Pueden bloquear el efecto analgésico de la codeína e incrementar los niveles de este fármaco, incrementan niveles de beta bloqueadores	Riesgo en el embarazo. Hipersensibilidad al fármaco, epilepsia,

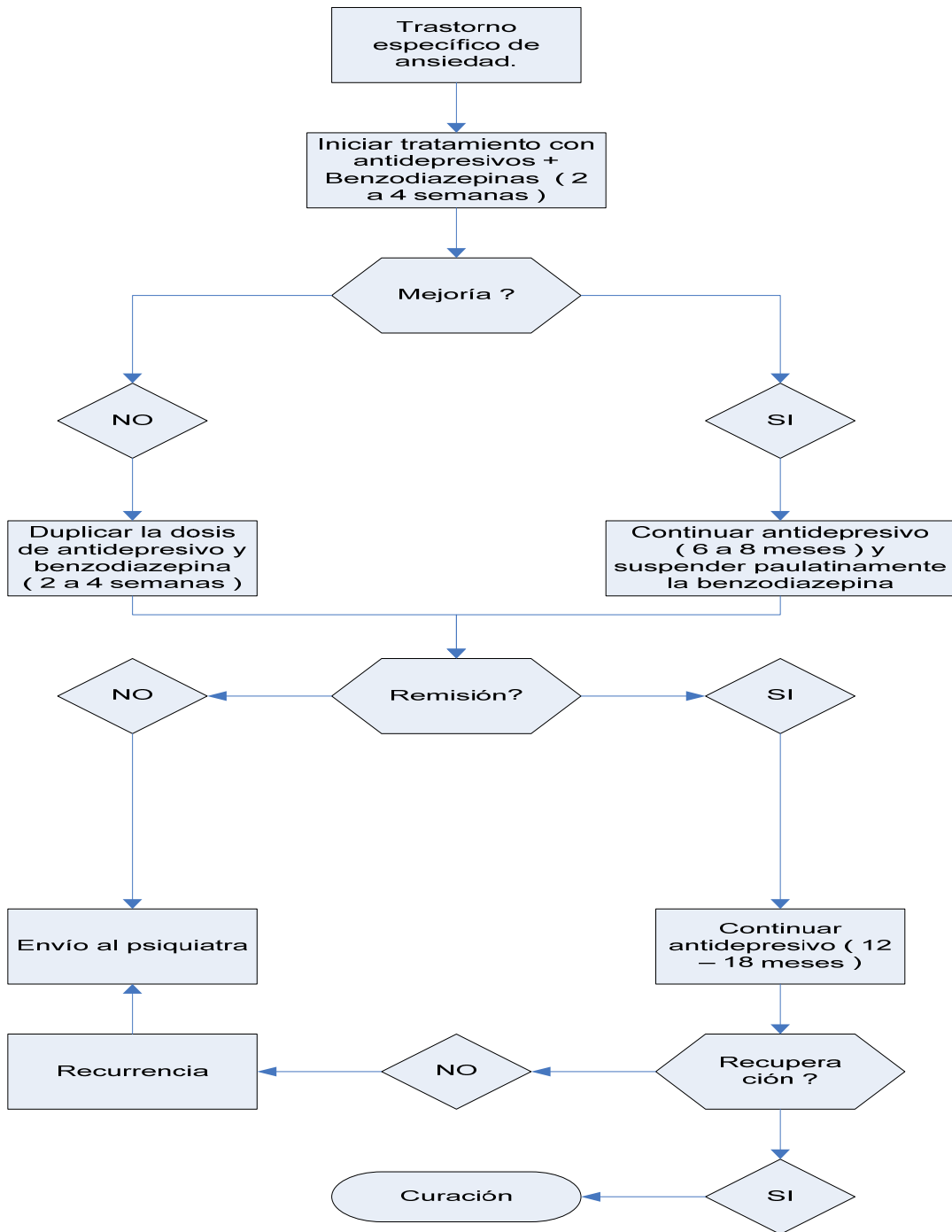
Clave	Principio Activo	Dosis recomendada	Presentación	Tiempo (período de uso)	Efectos adversos	Interacciones	Contraindicaciones
4488 (SS e IMSS)	Venlafaxina	150-300 mg al día (Iniciar con 75 mg e incrementar 75 cada 5 días)	75 mg con 10 cápsulas de liberación prolongada	De 18 a 24 meses	Nauseas sudoración, transitorios, cefalea, alteración de la acomodación visual, sequedad de boca e insomnio, Astenia, fatiga, En algunos casos con dosis de 200mg al día pueden presentar HTA , y de la FC disminución del apetito náusea.	Con inhibidores de la MAO, indinavir, warfarina, etanol y haloperidol. Con triptanos (eletriptán, rizatriptán, sumatriptán y zolmitriptano) se presenta el Síndrome Serotoninérgico grave con riesgo para la vida.	Riesgo en el embarazo. Hipersensibilidad al fármaco. No aconsejable en pacientes en pacientes con Hipertensión limite o de difícil control

ALGORITMOS

ALGORITMO 1. DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD



ALGORITMO 2. TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD



5. DEFINICIONES OPERATIVAS

Agitación (agitación psicomotora): Excesiva actividad motora asociada con una sensación de tensión interna. Habitualmente, la actividad no es productiva, tiene carácter repetitivo y consta de comportamientos como caminar velozmente, moverse nerviosamente, retorcer las manos, jalar el pelo, manosear los vestidos e incapacidad para permanecer sentado.

Agorafobia: Esta ansiedad se limita o predomina en al menos dos de las siguientes situaciones: multitudes, lugares públicos, viajar lejos de casa o viajar solo. Los síntomas, psicológicos o vegetativos, son manifestaciones primarias de ansiedad y no secundarias a otros síntomas

Ansiedad generalizada: estado de preocupación y tensión permanente sin motivos aparentes donde predominan las quejas de sentirse nervioso, con temblores, tensión muscular, sudoración, mareos, palpitations, vértigos y molestias epigástricas. Hay un constante estado de alerta anticipatorio de un desastre, se preocupa excesivamente por el dinero, la salud, la familia o el trabajo.

Ansiedad patológica: presentación irracional, ya sea porque el estímulo está ausente, la intensidad es excesiva con relación al estímulo o la duración es injustificadamente prolongada y la recurrencia inmotivada; superando la capacidad adaptativa de la persona generando un grado evidente de disfuncionalidad

Ansiogénico: Situaciones, objetos o animales que en forma irracional desencadenan estados de ansiedad.

Atención: Capacidad para centrarse de manera persistente en un estímulo o actividad concretos. Un trastorno de la atención puede manifestarse por distraibilidad fácil o por dificultad para realizar tareas o concentrarse en el trabajo.

Comorbilidad: Dos o más trastornos que ocurren al mismo tiempo.

Compulsiones: Comportamientos o actos mentales de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión y con un arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente. La persona las reconoce como excesivas o irracionales.

Crisis de angustia: Consiste en la aparición repentina de la ansiedad en su máxima intensidad. La típica crisis se presenta generalmente de modo repentino, sin síntomas previos de aviso. Estas crisis se viven por el paciente como una señal de muerte inminente, la intensidad de sufrimiento es equivalente a la de alguien que nota que lo van a matar. Se acompaña de síntomas corporales de pánico: taquicardia, palpitaciones, respiración acelerada, sensación de ahogo o falta de aliento, náuseas o molestias abdominales, mareo, desmayo o aturdimiento, palidez, manos y pies fríos, sensación de opresión precordial que en ocasiones llega a ser dolor precordial, sudoración, parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo), miedo a perder el control o "volverse loco" y miedo a morir.

Disminución paulatina de benzodiacepinas: Proceso de retiro del fármaco, bajando la dosis un 25% cada tres a cinco días con la finalidad de evitar el síndrome de abstinencia asociado a la suspensión brusca.

Factor de riesgo: Condición que incrementa la probabilidad de desarrollar una enfermedad; su asociación tiene efectos aditivos para desarrollar alteraciones de la salud.

Flashbacks: Episodios repetidos de volver a vivenciar el trauma en forma de recuerdos molestos (reviviscencias).

Fobia: Miedo persistente e irracional hacia un objeto, situación o actividad específicos (el estímulo fóbico), que da lugar a un deseo incoercible de evitarlo. Esto suele conducir a evitar el estímulo fóbico o afrontarlo con terror.

Fobia específica: Fobia restringida a condiciones muy específicas (animales, alturas, a la oscuridad, etc).

Fobia social: Temor a casi todas las situaciones sociales fuera del círculo familiar, a comer o a hablar en público, temor a ser enjuiciado por otras personas.

Ideas obsesivas: Constante recurrencia de una idea que no puede ser suprimida u omitida a pesar de que el individuo que la tiene es el primero en reconocerla como irracional, absurda y patológica.

Insomnio: Quejas subjetivas de dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido o a causa de la mala calidad del sueño.

Mejoría: Es la disminución de la intensidad y del número de los síntomas del trastorno específico de ansiedad en un 25% o más.

Prevalencia: Proporción de individuos en una población que padecen una enfermedad en un periodo de tiempo determinado

Obsesiones: Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes; son intrusivos e inapropiados. La persona los reconoce que son producto de su mente.

Recaída: Es la reaparición del cuadro clínico durante la fase de remisión.

Recuperación: Es cuando el paciente permanece asintomático durante doce meses después de la remisión.

Recurrencia: Es la reaparición del cuadro clínico durante la fase de recuperación.

Remisión: Es cuando el paciente permanece asintomático durante seis meses.

Terapia Cognitivo-Conductual: Diversas estrategias enteramente compatibles e integradas en un plan de tratamiento. (acción, emoción y cognición), trabajan conjuntamente en cada ser humano y son mutuamente influyentes, dentro de una estructura de personalidad formada por condiciones ambientales y biológicas tanto históricas como actuales, sin perder de vista, además, los efectos en retroalimentación que tiene la conducta del individuo con su ambiente, públicamente observable.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association (APA). Handbook of Psychiatric Measures. Washington, 2000
2. Beck AT, Steer RA. Relationship between the Beck Anxiety Inventory and the Hamilton Anxiety Rating Scale with anxious outpatients. *J of Anxiety Disorders*, 1991; 5: 213-23
3. Canadian Psychiatric Association. Clinical Practice Guideline Management of Anxiety Disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry* 2006;51(2):15-91S.
4. Chessick CA, Allen MH, Thase ME, Batista Miralha da Cunha ABC, Kapczinski FFK, de Lima MSML, dos Santos Souza JJSS. Azapironas para el trastorno de ansiedad generalizada (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
5. De Beurs E, Wilson KA, Chambless DL, Goldstein AJ, Feske U. Convergent and divergent validity of the Beck Anxiety Inventory for patients with panic disorders and agoraphobia. *Depress Anxiety* 1997; 6(4): 140-6
6. Gava I, Barbui C, Aguglia E, Carlino D, Churchill R, De Vanna M, McGuire H. Psychological treatments versus treatment as usual for obsessive compulsive disorder (OCD). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 2. Art. No.: CD005333. DOI: 10.1002/14651858.CD005333.pub2.
7. Guía de Buena Práctica Clínica en Depresión y Ansiedad. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid
8. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Madrid. 2008
9. Guía de Recomendaciones Clínicas Ansiedad, Asturias 2006.
10. Guía de Trastorno de Ansiedad, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social 2009
11. Hunot V, Churchill R, Silva de Lima M, Teixeira V. Terapias psicológicas para el trastorno de ansiedad generalizada (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
12. Kapczinski F, Lima MS, Souza, JS, Schmitt, R. Antidepresivos para el trastorno de ansiedad generalizada (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 2.

Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

13. Krisanaprakornkit T, Krisanaprakornkit W, Piyavhatkul N, Laopaiboon M. Terapia de meditación para los trastornos por ansiedad (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
14. Medina-Mora ME, Borges G, Lara MC, Benjet C, Blanco JJ, Fleiz BC, et al. Prevalência de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental* 2003;26(4):1-16.
15. Miyasaka LS, Atallah AN, Soares BGO. Pasionaria para el trastorno de ansiedad (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
16. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Management of anxiety (panic disorder, with o without agoraphobia, and generalized anxiety disorder) in adults in primary, secondary and community care. 2007.
17. Practice Guideline for the Treatment of Patients with Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder. American Psychiatric Association (APA) Steering Committee on Practice Guideline, 2004
18. Practice Guideline for the Treatment of Patients with Obsessive-Compulsive Disorder, American Psychiatric Association (APA) Steering Committee on Practice Guideline, 2007
19. Practice Guideline for the Treatment of Patients with Panic Disorder, American Psychiatric Association (APA) Steering Committee on Practice Guideline, 2009
20. Sánchez PJA, López Ca. Escalas Diagnósticas y de Evaluación que se utilizan en Atención Primaria para Ansiedad y Depresión. *Salud Mental en Atención Primaria*. 2005;3:1-8
21. Watanabe N, Cgurchill R, Furukawa TA. Combination of psychotherapy and benzodiazepines versus either therapy alone for panic disorder: a systematic review. *BMC Psychiatry* 2007;7:18

8. AGRADECIMIENTOS

El grupo de trabajo manifiesta su sincero agradecimiento a quienes hicieron posible la elaboración de esta guía, por contribuir en la planeación, la movilización de los profesionales de salud, la organización de las reuniones y talleres, la integración del grupo de trabajo, la realización del protocolo de búsqueda y la concepción del documento, así como su solidaridad institucional.

Instituto Mexicano de Seguro Social / IMSS

NOMBRE	CARGO/ADSCRIPCIÓN
Lic. Salvador Enrique Rochín Camarena	Delegado Delegación Sur del Distrito Federal
Dr. Evaristo Hinojosa Medina	Jefe de Prestaciones Médicas Delegación Sur del Distrito Federal
Dr. Leopoldo Zárate Hidalgo	Director Hospital Regional de Psiquiatría "Dr. Hector H. Tovar Acosta"
Dr. Ezequiel Alonso Velez	Director Hospital Psiquiátrico/ UMF No. 10. Distrito Federal
Dr. Ricardo Ortiz Gutierrez	Jefe de Prestaciones Médicas Delegación Estatal Tabasco
Dr. Martín de Porres Fernando Ivan Ortiz Celaya	Director UMF No. 43 Villahermosa, Tabasco
Dra. Rosalinda Sepúlveda García	Directora UMAE Complementaria N° 22, Hospital Regional de Psiquiatría, Monterrey, Nuevo. León
Dr. Jorge Herrera del Rincón	Delegado Estatal Delegación Morelos
Dr. Salvador Casares Queralt	Jefe de Prestaciones Médicas Delegación Estatal Morelos
Dr. Guillermo León González	Director UMAE complementaria Hospital Regional de Psiquiatría, Morelos
Sr. Carlos Hernández Bautista	Mensajería División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE

9. COMITÉ ACADÉMICO.

Instituto Mexicano del Seguro Social, División de Excelencia Clínica Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad / CUMAE

Dr. José de Jesús González Izquierdo	Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad
Dr. Arturo Viniegra Osorio	Jefe de División
Dra. Laura del Pilar Torres Arreola	Jefa de Área de Desarrollo de Guías de Práctica Clínica
Dra. Adriana Abigail Valenzuela Flores	Jefa del Área de Implantación y Evaluación de Guías de Práctica Clínica Clínicos
Dra. María del Rocío Rábago Rodríguez	Jefa de Área de Innovación de Procesos
Dra. Rita Delia Díaz Ramos	Jefa de Área de Proyectos y Programas Clínicos
Dr. Rodolfo de Jesús Castaño Guerra	Je fe de área
Dra. María Luisa Peralta Pedrero	Coordinadora de Programas Médicos
Dr. Antonio Barrera Cruz	Coordinador de Programas Médicos
Dra. Virginia Rosario Cortés Casimiro	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Aidé María Sandoval Mex	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Yuribia Karina Millán Gámez	Coordinadora de Programas Médicos
Dr. Carlos Martínez Murillo	Coordinador de Programas Médicos
Dra. María Antonia Basavilvazo Rodríguez	Coordinadora de Programas Médicos
Dr. Juan Humberto Medina Chávez	Coordinador de Programas Médicos
Dra. Gloria Concepción Huerta García	Coordinadora de Programas Médicos
Lic. María Eugenia Mancilla García	Coordinadora de Programas de Enfermería
Lic. Héctor Dorantes Delgado	Analista Coordinador
Lic. Abraham Ruiz López	Analista Coordinador

10. DIRECTORIO SECTORIAL Y DEL CENTRO DESARROLLADOR

Directorio sectorial.

Secretaría de Salud

Dr. José Ángel Córdova Villalobos

Secretario de Salud

Instituto Mexicano del Seguro Social / IMSS

Mtro. Daniel Karam Toumeh

Director General

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado / ISSSTE

Lic. Jesús Villalobos López

Director General

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia / DIF

Lic. María Cecilia Landerreche Gómez Morín

Titular del organismo SNDIF

Petróleos Mexicanos / PEMEX

Dr. Juan José Suárez Coppel

Director General

Secretaría de Marina

Almirante Mariano Francisco Saynez Mendoza

Secretario de Marina

Secretaría de la Defensa Nacional

General Guillermo Galván Galván

Secretario de la Defensa Nacional

Consejo de Salubridad General

Dr. Enrique Ruelas Barajas

Secretario del Consejo de Salubridad General

Directorio institucional.

Instituto Mexicano del Seguro Social

Dr. Santiago Echevarría Zuno

Director de Prestaciones Médicas

Dr. Fernando José Sandoval Castellanos

Titular de la Unidad de Atención Médica

Dr. José de Jesús González Izquierdo

Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad

Dra. Leticia Aguilar Sánchez

Coordinadora de Áreas Médicas

Dr. Arturo Viniegra Osorio

División de Excelencia Clínica

11. COMITÉ NACIONAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Dra. Maki Esther Ortiz Domínguez Subsecretaria de Integración y Desarrollo del Sector Salud	Presidenta
M en A María Luisa González Rétiz Directora General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	Titular y Suplente del presidente del CNGPC
Dr. Esteban Hernández San Román Director de Evaluación de Tecnologías en Salud, CENETEC	Secretario Técnico
Dr. Mauricio Hernández Ávila Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud	Titular
Dr. Romeo Rodríguez Suárez Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad	Titular
Mtro. Salomón Chertorivski Woldenberg Comisionado Nacional de Protección Social en Salud	Titular
Dr. Jorge Manuel Sánchez González Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud	Titular
Dr. Pedro Rizo Ríos Director General Adjunto de Priorización del Consejo de Salubridad General	Titular
General de Brigada M. C. Ángel Sergio Olivares Morales Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional	Titular
Vicealmirante Servicio de Sanidad Naval, M. C. Rafael Ángel Delgado Nieto Director General Adjunto de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina, Armada de México	Titular
Dr. Santiago Echevarría Zuno Director de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social	Titular
Dr. Gabriel Ricardo Manuell Lee Director Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	Titular
Dr. Víctor Manuel Vázquez Zárate Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos	Titular
Lic. Guadalupe Fernández Vega Albalfull Directora General de Rehabilitación y Asistencia Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	Titular
Dr. Germán Enrique Fajardo Dolci Comisionado Nacional de Arbitraje Médico	Titular
Dr. Rafael A. L. Santana Mondragón Director General de Calidad y Educación en Salud	Titular
Dr. Francisco Garrido Latorre Director General de Evaluación del Desempeño	Titular
Dra. Gabriela Villarreal Levy Directora General de Información en Salud	Titular
Dr. James Gómez Montes Director General de los Servicios de Salud y Director General del Instituto de Salud en el Estado de Chiapas	Titular 2011-2012
Dr. José Armando Ahued Ortega Secretario de Salud del Gobierno del Distrito Federal	Titular 2011-2012
Dr. José Jesús Bernardo Campillo García Secretario de Salud Pública y Presidente Ejecutivo de los Servicios de Salud en el Estado de Sonora	Titular 2011-2012
Dr. David Kershenobich Stalnikowitz Presidente de la Academia Nacional de Medicina	Titular
Acad. Dr. Francisco Javier Ochoa Carrillo Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía	Titular
Dra. Mercedes Juan López Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud	Asesor Permanente
Dr. Jesús Eduardo Noyola Bernal Presidente de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina	Asesor Permanente
Dr. Francisco Bañuelos Téllez Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales	Asesor Permanente
Dr. Sigfrido Rangel Fraustro Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud	Asesor Permanente