



INSTITUTO COLOMBIANO
DEL SISTEMA NERVIOSO

ATENCIÓN Y SERVICIO CON CALIDAD HUMANA

TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Guía de práctica clínica basada en la evidencia



Guías de Práctica Clínica Basadas en la Evidencia

INSTITUTO COLOMBIANO DEL SISTEMA NERVIOSO

INSTITUTO COLOMBIANO DEL SISTEMA NERVIOSO

Guías de Práctica Clínica Basadas en la Evidencia

Bogotá, Colombia

Junio de 2023

Estas guías de práctica clínica fueron elaboradas con el apoyo de la Dirección y Oficina de Calidad del Instituto Colombiano del Sistema Nervioso. Son resultado del trabajo de un equipo de especialistas formados en el programa de especialización del Instituto y ha contado con la revisión de expertos, lo cual ha enriquecido el contenido y forma de presentación. Las recomendaciones contenidas son de carácter general y buscan servir como herramienta para una atención oportuna, eficaz y segura para los pacientes con enfermedades de salud mental. Se ha buscado que estén alineadas con los lineamientos de seguridad emitidos por el Ministerio de Salud Colombiano para la atención en salud mental y con los modelos de atención, seguridad y humanización institucionales.

Estas recomendaciones al ser aplicadas en la práctica podrían tener variaciones justificadas en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, en las necesidades y preferencias de cada paciente y en los recursos disponibles al momento de la atención.

Este documento es de libre acceso con fines de enseñanza y divulgación académica, el uso particular y con fines lucrativos está restringido a autorización del Instituto Colombiano del Sistema Nervioso y el grupo desarrollador de las guías.

Director del Proyecto

Dr. Omar Cuellar Alvarado

Médico Psiquiatra.

Grupo Desarrollador de la Guía

Dr. Carlos Arturo Montaña Olmos.

Subdirector Docente Asistencial.

Médico Psiquiatra.

Dra. María Teresa López Camargo.

Médico Psiquiatra.

Lic. María Victoria Alarcón Aponte.

Jefe de calidad y Auditoría Médica.

Enfermera.

Revisores Especialistas

Dr. Jorge Aldas Gracia. Médico Psiquiatra. Magister en Bioética. Especialista en Adicciones.

Dra. Olga Lucia Camacho. Médico Psiquiatra. Psicogeriatra.

Dr. Eugenio Ferro Rodríguez. Médico Psiquiatra. Especialista en epidemiología.

Dr. Javier Andrés Caicedo Blanco. Médico Psiquiatra. Psiquiatra de Niños y Adolescentes.

Dr. Juan Pablo Ortiz Londoño. Médico Psiquiatra.

Dra. Mónica María Sarmiento López. Médico Psiquiatra.

INSTITUTO COLOMBIANO DEL SISTEMA NERVIOSO

Junta Directiva

Presidente

Dr. Álvaro Franco Zuluaga

Vicepresidente

Dr. Pedro Vargas Navarro

Secretario

Dr. Rodrigo Muñoz Tamayo

Vocal

Dr. Iván Alberto Jiménez Rojas

Vocal

Sra. Amparo Jiménez De Suárez

Suplentes

Dr. Edgard Yamhure Kattah

Dra. Juliana García Castro

Dr. José Posada Villa

Dra. Adriana Márquez Cepeda

Director General

Dr. Omar Cuéllar Alvarado



Diagramación

Ana María Cordero
Gestión de Calidad

NOTA ACLARATORIA

El Instituto Colombiano del Sistema Nervioso con el objetivo de mejorar y fortalecer el cuidado clínico de los pacientes dentro de la práctica asistencial y ante la evidencia creciente diagnóstica y terapéutica en el manejo de los trastornos mentales, ha logrado el desarrollo de las Guías de Práctica Clínica como una herramienta para apoyar la toma de decisiones y el cuidado de los pacientes. Dentro de la metodología establecida para ello, logró la adaptación de una guía, tras una revisión y evaluación exhaustiva de la evidencia actual en el tratamiento de las enfermedades más frecuentes en la práctica psiquiátrica y dado que para el momento de realización del documento, aún no se contaba con el desarrollo de guías que utilizarán la última clasificación diagnóstica de las enfermedades mentales DSM 5.

Recomendamos que el uso de esta herramienta tenga de antemano esta consideración y a futuro pueda incluirse la última clasificación y las actualizaciones crecientes a favor de un cuidado eficaz y seguro para nuestros pacientes.

Siguiendo las recomendaciones del Ministerio de Salud, el GDG recomienda una evaluación de la “Necesidad de Actualización” de cada GPC de manera anual una vez publicadas, siguiendo las recomendaciones de SIGN.

AGRADECIMIENTOS

El resultado de este proyecto no sería posible sin el trabajo de los miembros del grupo desarrollador de las guías quienes trabajaron de forma responsable y comprometida, los expertos revisores y las personas que desarrollan sus actividades desde la oficina de Calidad del Instituto Colombiano del Sistema Nervioso. Su financiación y viabilidad administrativa fue apoyada por la Dirección General del ICSN, mediante aprobación de su Junta Directiva.

Tabla de contenido

1.	Preguntas que resuelve esta guía.....	12
2.	Tabla de recomendaciones.....	13
2.1	Diagnóstico.....	14
3.	Metodología.....	34
3.1	Introducción.....	34
4.	Definiciones:.....	37
5.	Evidencia.....	38
5.1	Generalidades.....	38
5.1.1	Etiología y factores de riesgo.....	38
5.1.2.	Epidemiología.....	38
5.2.	Diagnóstico clínico de los trastornos de ansiedad:.....	39
5.2.1.	Instrumentos de medición.....	42
5.3	Tratamiento.....	43
5.3.1	Tratamiento farmacológico.....	43
5.3.2.	Tratamiento no Farmacológico.....	45
5.3.3.	Tratamiento de mantenimiento.....	46
5.4.	Hospitalización.....	47
6.	Situaciones Especiales.....	48
6.1.	Trastornos de ansiedad y comportamiento suicida.....	48
6.2	Trastornos de ansiedad en embarazo y lactancia.....	49
6.3	Trastornos de ansiedad en pacientes con enfermedad cardiovascular.....	50
6.4	Trastornos de ansiedad en población infanto- juvenil.....	50
6.5	Trastornos de ansiedad en población anciana.....	50
6.6	Trastornos de ansiedad y comorbilidad con trastornos por consumo de sustancias psicoactivas. .	51
7	Algoritmo de diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad.....	53
8	Bibliografía.....	55
9	Indicadores.....	60

10	Anexos.....	64
10.1	Diferencias entre ansiedad normal y ansiedad patológica	64
10.2	Cuestionario de síntomas Self-Reporting Questionnaire (SRQ)	65
10.3	Cuestionario incluido en el CIE 10 para ansiedad.....	66
10.4.	Diagnóstico diferencial.....	67
10.5.	Criterios diagnósticos CIE 10 para trastornos de ansiedad.....	69
10.6.	Escala de Hamilton para ansiedad (HARS)	75
10.7.	Inventario de Ansiedad de Beck(BAI).....	78
10.8.	Signos y síntomas en trastornos de ansiedad.....	80
10.9.	Valoración del riesgo suicida.	81
10.10.	Escala SAD-Persons.....	82
10.11.	Tabla de medicamentos para los trastornos de ansiedad.....	83

PARTE II

TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Guía de práctica clínica
basada en la evidencia

1

1. Preguntas que resuelve esta guía.

1. ¿Cuáles son las recomendaciones para realizar el tamizaje y diagnóstico de los Trastornos de Ansiedad?
2. ¿Cuáles son las recomendaciones generales y los objetivos del tratamiento en los Trastornos de Ansiedad?
3. ¿Cuáles son las opciones terapéuticas farmacológicas para el tratamiento agudo y de mantenimiento en pacientes adultos con Trastornos de Ansiedad en el ICSN-Clínica Montserrat?
4. ¿Cuáles son los posibles efectos adversos de las intervenciones farmacológicas usadas en el tratamiento de los Trastornos de Ansiedad?
5. ¿Cuáles son las opciones terapéuticas no farmacológicas para el tratamiento en pacientes adultos con Trastornos de Ansiedad en el ICSN-Clínica Montserrat?
6. ¿Cuáles son las recomendaciones para el tratamiento de mantenimiento de los Trastornos de Ansiedad en pacientes adultos en el ICSN-Clínica Montserrat?
7. ¿Qué criterios debe considerar el clínico para indicar un manejo hospitalario a pacientes adultos con Trastornos de Ansiedad?
8. ¿Qué intervenciones pueden favorecer la disminución del número de recaídas o recurrencia en los pacientes con Trastornos de Ansiedad?
9. ¿Qué criterios debe considerar el clínico para dar de alta a un paciente en tratamiento hospitalario con Trastornos de Ansiedad?
10. ¿Cuáles son las estrategias útiles que puede usar el clínico en favorecer la adherencia al tratamiento en pacientes con Trastornos de Ansiedad?
11. ¿Cómo se evalúa el riesgo suicida en pacientes con Trastornos de Ansiedad?
12. ¿Qué medidas de intervención y cuidado deben implementarse con las personas en las que se identifica un alto riesgo de suicidio?
13. ¿Cuáles son las recomendaciones para el tratamiento de Trastornos de Ansiedad en poblaciones especiales?

2

2. Tabla de recomendaciones

Tabla 1. Representación de la calidad de la evidencia y la fuerza de las recomendaciones. Grupo de Trabajo sobre GPC. Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema de Salud de España. 2006.

Representación de la calidad de la evidencia y la fuerza de las recomendaciones		
Calidad de la Evidencia	Representación	
Alta calidad	++++	A
Moderada calidad	+++	B
Baja Calidad	++	C
Muy Baja Calidad	+	D
Fuerza de la Recomendación	Representación	
Recomendación fuerte para uso de una intervención	↑↑	A
Recomendación débil para uso de una intervención	↑	B
Recomendación débil en contra del uso de una intervención	↓↓	C
Recomendación fuerte en contra del uso de una intervención	↓	D
Punto de buena práctica clínica	✓	

2.1 Diagnóstico

Pregunta de investigación	Recomendación	Calidad de Evidencia	Grado de Recomendación
¿Cuáles son las recomendaciones para realizar el tamizaje y diagnóstico de los Trastornos de Ansiedad?	<p>En pacientes con sospecha de un Trastorno de Ansiedad se recomienda realizar las siguientes preguntas de tamizaje: Durante las últimas dos semanas, ¿Qué tanto le han molestado los siguientes problemas?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sentirse nervioso, ansioso, asustado o preocupado - Sentir pánico o tener miedo - Evitar situaciones que lo pongan ansioso <p>Las preguntas que puntúen como leves o superiores pueden justificar una evaluación adicional. Si se respaldan los síntomas de ansiedad, se debe explorar con más detalle e incluir preguntas sobre tiempo de evolución, relación con estresores o eventos traumáticos, naturaleza de la ansiedad (preocupación, evitación u obsesión) y el impacto sobre el funcionamiento.</p> <p>CANADIAN CLINICAL PRACTICE 2014.</p>		✓
	<p>Todo médico deberá realizar diagnóstico de Trastorno de Ansiedad utilizando criterios CIE-10 y DSM-5 CANADIAN CLINICAL PRACTICE 2014.</p>	✓	
	<p>Se debe hacer diagnóstico diferencial en todo paciente con ansiedad. Se debe descartar ansiedad secundaria a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enfermedad médica (ej. Hipertiroidismo, enfermedad cardiopulmonar, lesión cerebral). - Efectos directos de alguna sustancia (ej. medicación abuso de sustancias psicoactivas). - Otro trastorno mental. <p>CANADIAN CLINICAL PRACTICE 2014</p>	✓	
	<p>En caso en que sospeche o preexista una enfermedad orgánica, se debe solicitar: hemograma, glicemia en ayunas, perfil lipídico (CT, TG, HDL, LDL), electrolitos, enzimas hepáticas, creatinina, perfil tiroideo, parcial de orina y electrocardiograma. Si es pertinente prueba de embarazo. Si hay sospecha de abstinencia o intoxicación por sustancias psicoactivas, se deben solicitar tóxicos en orina de la sustancia que se sospeche.</p>	✓	

	No se recomienda tomar paraclínicos de rutina, ya que no existen pruebas específicas para el diagnóstico de trastorno de ansiedad. El diagnóstico es principalmente clínico CANADIAN CLINICAL PRACTICE 2014.		
	Una vez descartadas las causas de ansiedad secundaria, se debe clasificar el tipo de Trastorno de Ansiedad de acuerdo con los criterios de la CIE 10 y DSM-5. CANADIAN CLINICAL PRACTICE 2014.	✓	
	En todos los casos de ansiedad, se recomienda utilizar la escala de Hamilton para Ansiedad (HARS) y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) con el fin de complementar la valoración inicial y posteriormente el seguimiento. En ningún caso las anteriores escalas reemplazan la entrevista clínica, ya que estas no tienen fines diagnósticos.	C(++)	↑(2)

TRATAMIENTO

¿Cuáles son las recomendaciones generales y los objetivos del tratamiento en los Trastornos de Ansiedad?	El objetivo del tratamiento en los Trastornos de Ansiedad es: aliviar los síntomas, prevenir las recaídas, evitar las secuelas y restaurar el estado funcional previo del paciente.	C(++)	↑(2)
	Se recomienda un ISRS para el tratamiento de primera línea, ya que son efectivos en todos los Trastornos de Ansiedad, en la fase aguda y de mantenimiento y generalmente son bien tolerados.	A(++++)	↑↑(1)
	Se debe informar al paciente: <ul style="list-style-type: none"> - El inicio de acción de los medicamentos antidepressivos ocurre entre 2 a 4 semanas de iniciados, el de las Benzodiazepinas es inmediato. - La duración del tratamiento para la mayoría de los trastornos de ansiedad es de al menos 12 meses. - Acerca de la importancia de la adherencia. - Posibles efectos secundarios como incremento de la ansiedad o empeoramiento de la agitación al inicio del tratamiento. - Síntomas de abstinencia o discontinuación si se interrumpe el tratamiento abruptamente. 	✓	

	Se debe informar al paciente que la interrupción del tratamiento conlleva un riesgo de recaída del 20% al 40% entre 6 y 12 meses después de la interrupción de este.	A(++++)	↑↑(1)
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO			
¿Cuáles son las opciones terapéuticas farmacológicas para el tratamiento agudo y de mantenimiento en pacientes adultos con Trastornos de Ansiedad en el ICSN-Clinica Montserrat?	<p>Antes de iniciar el tratamiento farmacológico se debe tener en cuenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edad del paciente: en menores de edad, se deben revisar las aprobaciones del medicamento por rango de edad, dosis y cuidados especiales. En mayores de 60 años revisar comorbilidades, cardiopatías, interacciones farmacológicas, función renal y hepática, y administrar menores dosis con respecto a los adultos. <p>Tratamientos previos: indagar por efectividad y efectos adversos severos de posibles tratamientos previos.</p>	D(+)	↑(2)
	<ul style="list-style-type: none"> • Los potenciales riesgos y beneficios de los medicamentos psicotrópicos y discutirlos con el paciente antes del inicio del tratamiento. 	A(++++)	↑↑(1)
	<ul style="list-style-type: none"> • Riesgo de abuso de medicamento en pacientes con antecedente de consumo de sustancias psicoactivas. 	D(+)	↑(2)
	<ul style="list-style-type: none"> • Riesgo suicida: tener en cuenta antecedente personal de intento suicida y antecedentes familiares de suicidio 	D(+)	↑(2)
	<ul style="list-style-type: none"> • Interacciones con otros medicamentos. 	D(+)	↑(2)
	<ul style="list-style-type: none"> • Embarazo y lactancia 	D(+)	↑(2)
	<ul style="list-style-type: none"> • Preferencia del paciente. 	D(+)	↑(2)
	Se debe tener en cuenta el puntaje de la escala SAD-PERSONS como complemento a la evaluación clínica del paciente para orientar el manejo farmacológico de la ansiedad (Ver anexo Valoración Riesgo Suicidio y Escala SAD-PERSONS).	✓	

Para el tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) se recomienda:

1. MANEJO AGUDO:

	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciar el tratamiento farmacológico inmediatamente, con una Benzodiacepina y un Antidepresivo tipo Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS). 	A(++++)	↑ ↑(1)
	<ul style="list-style-type: none"> • Los IRSN y la pregabalina pueden considerarse como tratamientos iniciales alternativos si se considera que los ISRS no son adecuados. Tener especial cuidado con la prescripción de la pregabalina por su potencial de abuso. BAP2014. 	A(++++)	↑ ↑(1)
	<ul style="list-style-type: none"> • El Uso de benzodiacepinas en el inicio del tratamiento y en las reagudizaciones (Alprazolam, Lorazepam, Diazepam y Clonazepam) deben ser a corto plazo (8-12 semanas). 	A(++++)	↑ ↑(1)
	<ul style="list-style-type: none"> • Se recomienda informar al paciente que pueden ser necesarios hasta 12 semanas de tratamiento farmacológico para evaluar la eficacia clínica. RANZCP2018. 	A(++++)	↑ ↑(1)

2. MANEJO DE MANTENIMIENTO

	<ul style="list-style-type: none"> • Para el tratamiento a largo plazo, desde el inicio se recomienda usar ISRS. 	A(++++)	↑ ↑(1)
	<ul style="list-style-type: none"> • Se recomienda continuar el tratamiento farmacológico hasta completar 18 meses en pacientes que han tenido buena respuesta al tratamiento. 	A(++++)	↑ ↑(1)
	<ul style="list-style-type: none"> • Cuando se dé por terminado el tratamiento, se recomienda reducir gradualmente durante un periodo prolongado evitar los síntomas de discontinuación CANADIAN CLINICAL PRACTICE 2014. 	A(++++)	↑ ↑(1)
	<ul style="list-style-type: none"> • Como Primera Línea de tratamiento en TAG se recomienda usar: Agomelatina, Duloxetina Paroxetina, Paroxetina CR, Pregabalina Escitalopram, Sertralina, Venlafaxina XR. 	A(++++)	↑ ↑(1)

<ul style="list-style-type: none"> • Como segunda línea de tratamiento en TAG se recomienda usar: Alprazolam, Bromazepam, Bupropion XL, *Buspirona, Diazepam, Hidroxicina, imipramina, Lorazepam, Quetiapina XR, Vortioxetina. • *Medicamento no disponible en Colombia. 	B(+++)	↑↑(1)
<ul style="list-style-type: none"> • Como Tercera Línea de tratamiento de TAG se recomienda usar: Mirtazapina, Citalopram, Trazodone, Fluoxetina, Valproato. • Terapia Coadyuvante Segunda línea: Pregabalina • Tercera línea: Aripiprazol, Olanzapina, Quetiapina XR, Risperidona. • No se recomienda: Ziprasidona 	A(++++)	↑↑(1)
<ul style="list-style-type: none"> • Como Tercera Línea de tratamiento de TAG se recomienda usar: Mirtazapina, Citalopram, Trazodone, Fluoxetina, Valproato. • Terapia Coadyuvante Segunda línea: Pregabalina • Tercera línea: Aripiprazol, Olanzapina, Quetiapina XR, Risperidona. • No se recomienda: Ziprasidona. 	B(+++)	↑↑(1)
<ul style="list-style-type: none"> • No se recomienda el uso de Betabloqueador (propranolol) CANADIAN CLINICAL PRACTICE 2014. 	B(+++)	↓(2)
<ul style="list-style-type: none"> • Cuando la respuesta a dosis óptimas de ISRS es inadecuada o no son bien tolerados, debe cambiarse a otro ISRS. Si no hay mejoría después de 8-12 semanas, cambiar a Imipramina o Venlafaxina. 	B(++++)	↑↑(1)
<ul style="list-style-type: none"> • El ISRS debe retirarse de forma lenta y gradual, para evitar un síndrome de discontinuación. Se recomienda reducir a la mitad de la dosis cada 2 días. 	B(+++)	↑↑(1)
<ul style="list-style-type: none"> • En pacientes con historia de abuso de medicamentos o sustancias, se recomienda prescribir *Buspirona en lugar de Benzodicepinas. • *Medicamento no disponible en Colombia. 	A(++++)	↑↑(1)
<ul style="list-style-type: none"> • Para indicar el uso de Venlafaxina en pacientes con hipertensión, el psiquiatra debe estar seguro de que la patología está controlada, a través de la toma de la tensión arterial (TA) al inicio del tratamiento y en forma regular durante el tiempo que dure el mismo. 	C(++)	↑↑(1)

<ul style="list-style-type: none"> En caso de usarse Venlafaxina para el TAG la dosis la dosis de inicio recomendada será de 37.5 mg/día y no deberá ser mayor a 225 mg /día. MOH 2015 	A(++++)	↑↑(1)
<ul style="list-style-type: none"> No se recomienda la prescripción de Venlafaxina a pacientes con alto riesgo de arritmias cardíacas o infarto al miocardio reciente, y en pacientes con hipertensión arterial sólo se utilizará cuando la hipertensión esté controlada. 	C(++)	↑(2)

Para el tratamiento del Trastorno de Pánico se recomienda:

1. MANEJO AGUDO:

<ul style="list-style-type: none"> El tratamiento de elección para los ataques de pánico son las Benzodiazepinas a bajas dosis (Alprazolam, Clonazepam y Lorazepam). 	A(++++)	↑↑(1)
---	---------	-------

2. MANEJO DE MANTENIMIENTO

<ul style="list-style-type: none"> Los antidepresivos deben ser los únicos medicamentos para el tratamiento a largo plazo del trastorno de pánico. 	A(++++)	↑↑(1)
<ul style="list-style-type: none"> Cuando no haya respuesta adecuada al tratamiento con ISRS a dosis óptima, se recomienda cambiar a otro medicamento de primera línea antes de combinar o agregar coadyuvante. CANADIAN CLINICAL PRACTICE 2014 	B(+++)	↑↑(1)
<ul style="list-style-type: none"> Cuando no son tolerados los efectos secundarios de los ISRS se puede hacer cambio a un Antidepresivo Tricíclico: Imipramina o Clomipramina. 	A(++++)	↑↑(1)
<ul style="list-style-type: none"> El tratamiento con Benzodiazepinas a corto plazo como coadyuvante a los antidepresivos puede producir una respuesta terapéutica más rápida. Dado el balance riesgo beneficio y el potencial adictivo no debe prescribirse de manera rutinaria y en caso de uso debe reducirse y retirarse a las 4 semanas. MOH2015. 	A(++++)	↑↑(1)
<ul style="list-style-type: none"> Como primera línea de tratamiento en trastorno de pánico se recomienda usar: Citalopram, Escitalopram, Fluoxetina, Fluvoxamina, Paroxetina, Paroxetina CR, Sertralina, Venlafaxina XR. CANADIAN CLINICAL PRACTICE 2014. 	A(++++)	↑↑(1)

<ul style="list-style-type: none"> • Como segunda línea de tratamiento en trastorno de pánico se recomienda usar: Clomipramina, Imipramina, Mirtazapina, Reboxetina* Benzodiacepinas (por ejemplo: Alprazolam, Clonazepam, Lorazepam, Diazepam). 	B(+++)	↑↑(1)
<ul style="list-style-type: none"> • Como tercera línea de tratamiento en Trastorno de pánico se recomienda usar: Bupropión, Divalproato, Duloxetina, Gabapentin, Levetiracetam, Milnacipran*, Moclobemida*, Olanzapina, Fenzelzina*, Quetiapina, Risperidona, Tranilcipromina*. • Terapia Coadyuvante. • Segunda línea: Alprazolam ODT, clonazepam Tercera línea: Aripiprazol, divalproato, olanzapina, Pindolol*, Risperidona. • CANADIAN CLINICAL PRACTICE 2014. * Medicamento no disponible en Colombia. 	C(++)	↑↑(1)
<ul style="list-style-type: none"> • No Recomendado: Bupirona, Trazodona, Propanolol, Tiagabina* CANADIAN CLINICAL PRACTICE 2014. 	A(++++)	↓↓(1)

Para el tratamiento de la Fobia Social Generalizada se recomienda:

<ul style="list-style-type: none"> • Primera Línea: Escitalopram, Fluvoxamina, Fluvoxamina CR, Paroxetina, Paroxetina CR, Pregabalina, Sertralina, Venlafaxina XR. <p>CANADIAN CLINICAL PRACTICE 2014.</p>	A(++++)	↑↑(1)
<ul style="list-style-type: none"> • Segunda Línea: Clonazepam, Alprazolam, Bromazepam, Gabapentin, Fenzelzina*, Citalopram CANADIAN CLINICAL PRACTICE 2014. <p>* Medicamento no disponible en Colombia.</p>	B(+++)	↑↑(1)
<ul style="list-style-type: none"> • Tercera Línea: Atomoxetina, Bupropión, Clomipramina, Divalproato, Duloxetina, Fluoxetina, Mirtazapina, Moclobeminda*, Olanzapina, Selegilina, Tiagabina*, Topiramato Coadyuvante. • Tercera línea: Aripiprazol, Bupirona, Paroxetina, Risperidona • No recomendado: Clonazepam, Pindolol*. CANADIAN CLINICAL PRACTICE 2014. <p>* Medicamento no disponible en Colombia.</p>	C(++)	↑↑(1)
<ul style="list-style-type: none"> • No Recomendado: Atenolol, Propranolol, Bupirona, Imipramina, Levetiracetam, Quetiapina. • *Betabloqueadores han sido usados en la práctica clínica para situaciones de exposición social como hablar en público. <p>CANADIAN CLINICAL PRACTICE 2014.</p>	B(+++)	↓↓(1)

	<ul style="list-style-type: none"> Para el tratamiento de Fobia Social Simple, se recomienda el uso de Betabloqueadores como Propranolol o Atenolol, antes de la exposición al estímulo. 	✓	
Para el tratamiento de la Fobia Específica se recomienda:			
	<ul style="list-style-type: none"> Ofrecer Terapia Cognitivo Comportamental como primera línea de tratamiento. 	A(++++)	↑ ↑(1)
	<ul style="list-style-type: none"> Solo psicoterapia de exposición. 	B(+++)	↑(2)
	<ul style="list-style-type: none"> No dar tratamiento farmacológico. En algunos casos el uso de benzodíacepinas a corto plazo puede ser útil para aliviar los síntomas de la ansiedad o durante la terapia de exposición. 	B(+++)	↓(2)
Para el tratamiento del Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) se recomienda dar tratamiento farmacológico con:			
	<ul style="list-style-type: none"> Primera línea: Escitalopram, Fluoxetina, Fluvoxamina, Paroxetina, Sertralina. CANADIAN CLINICAL PRACTICE 2014. 	A(++++)	↑ ↑(1)
	<ul style="list-style-type: none"> Segunda línea: Clomipramina, Venlafaxina XR, Citalopram, Mirtazapina. CANADIAN CLINICAL PRACTICE 2014. 	B(+++)	↑ ↑(1)
	<ul style="list-style-type: none"> Tercera línea: Citalopram IV*, Clomipramina IV, Duloxetina, Fenelzina*, Tramadol, Tranilcipromina* Coadyuvante. Primera línea: Aripiprazol, Risperidona. Segunda línea: Memantina, Quetiapina, Topiramato Tercera línea: Amisulpiride, Celecoxib, Citalopram, Granisetron*, Haloperidol, Ketamina IV, Mirtazapina, N- acetilcisteína, Olanzapina, Ondasetrón, Pindolol, Pregabalina, Riluzol, Ziprasidona. No recomendado: Buspirona, Clonazepam, Litio, Morfina. 	C(++)	↑(2)
	<ul style="list-style-type: none"> No Recomendado: Clonazepam, Clonidina, Desipramina* 	B(+++)	↓↓ (1)

	<ul style="list-style-type: none"> Para el tratamiento del Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) a largo plazo, no se recomienda utilizar Benzodicepinas. 	B(+++)	↓ (2)
	<ul style="list-style-type: none"> Para el tratamiento de los Trastornos de Ansiedad: No se recomienda utilizar valeriana, pasionaria, ginkgo biloba, calderona amarilla, preparado de espino blanco, amapola de california y magnesio. 	B(+++)	↑(1)
	<ul style="list-style-type: none"> En pacientes con historia de abuso de sustancias o medicamentos, se recomienda el uso de Levomepromazina para control de la ansiedad, teniendo en cuenta antecedentes cardiovasculares y cifras tensionales. 	✓	
	<ul style="list-style-type: none"> Cuando se inicie un nuevo tratamiento farmacológico la eficacia y los efectos adversos deben ser evaluados. 	D(+)	↑(2)
	<ul style="list-style-type: none"> Se recomienda tener en cuenta las características específicas de cada medicamento y la evolución clínica del paciente. 	D(+)	↑(1)
Para el tratamiento de la Fobia Específica se recomienda:			
	<ul style="list-style-type: none"> Ofrecer Terapia Cognitivo Comportamental como primera línea de tratamiento. 	A(++++)	↑ ↑(1)
	<ul style="list-style-type: none"> Solo psicoterapia de exposición. 	B(+++)	↑(2)
	<ul style="list-style-type: none"> No dar tratamiento farmacológico. En algunos casos el uso de benzodicepinas a corto plazo puede ser útil para aliviar los síntomas de la ansiedad o durante la terapia de exposición. MOH2015, CANADIAN CLINICAL PRACTICE 2014. 	B(+++)	↓(2)

Para el tratamiento del Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) se recomienda dar tratamiento farmacológico con:

	<ul style="list-style-type: none"> Primera línea: Escitalopram, Fluoxetina, Fluvoxamina, Paroxetina, Sertralina. CANADIAN CLINICAL PRACTICE 2014 	A(++++)	↑ ↑(1)
	<ul style="list-style-type: none"> Segunda línea: Clomipramina, Venlafaxina XR, Citalopram, Mirtazapina. CANADIAN CLINICAL PRACTICE 2014 	B(+++)	↑ ↑(1)
	<ul style="list-style-type: none"> Tercera línea: Citalopram IV*, Clomipramina IV, Duloxetina, Fenzina*, Tramadol, Tranilcipromina* Coadyuvante. Primera línea: Aripiprazol, Risperidona Segunda línea: Memantina, Quetiapina, Topiramato Tercera línea: Amisulpiride, Celecoxib, Citalopram, Granisetron*, Haloperidol, Ketamina IV, Mirtazapina, N- acetilcisteína, Olanzapina, Ondasetrón, Pindolol, Pregabalina, Riluzol, Ziprasidona. No recomendado: Buspirona, Clonazepam, Litio, Morfina. <p>CANADIAN CLINICAL PRACTICE 2014 * Medicamento no disponible en Colombia</p>	C(++)	↑(2)
	<ul style="list-style-type: none"> No Recomendado: Clonazepam, Clonidina, Desipramina* CANADIAN CLINICAL PRACTICE 2014 	B(+++)	↓ ↓ (1)
	<ul style="list-style-type: none"> Para el tratamiento del Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) a largo plazo, no se recomienda utilizar Benzodicepinas. 	B(+++)	↓ (2)
	<ul style="list-style-type: none"> Para el tratamiento de los Trastornos de Ansiedad: No se recomienda utilizar valeriana, pasionaria, ginkgo biloba, calderona amarilla, preparado de espio blanco, amapola de california y magnesio. 	B(+++)	↑(1)
	<ul style="list-style-type: none"> En pacientes con historia de abuso de sustancias o medicamentos, se recomienda el uso de Levomepromazina para control de la ansiedad, teniendo en cuenta antecedentes cardiovasculares y cifras tensionales. 		✓
¿Cuáles son los posibles efectos adversos de las intervenciones farmacológicas usadas en el tratamiento de los Trastornos de Ansiedad?	<ul style="list-style-type: none"> Cuando se inicie un nuevo tratamiento farmacológico la eficacia y los efectos adversos deben ser evaluados. 	D(+)	↑(2)
	<ul style="list-style-type: none"> Se recomienda tener en cuenta las características específicas de cada medicamento y la evolución clínica del paciente. 	D(+)	↑(1)

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO			
¿Cuáles son las opciones terapéuticas no farmacológicas para el tratamiento en pacientes adultos con Trastornos de Ansiedad en el ICSN-Clínica Montserrat?	Se debe:		
	<ul style="list-style-type: none"> Educar al paciente sobre la naturaleza y el origen de los síntomas de ansiedad y brindarle la tranquilidad. 	D(+)	↑ ↑(1)
	<ul style="list-style-type: none"> Buscar la toma de decisiones compartida por medio de una información clara y completa en medida de las posibilidades al paciente y su red de apoyo. 	D(+)	↑ ↑(1)
	<ul style="list-style-type: none"> Evaluación y movilización de los recursos sociales y familiares. MOH2015. 	D(+)	↑ ↑(1)
	<ul style="list-style-type: none"> Sugiera cambios en el estilo de vida: <ul style="list-style-type: none"> Estrategias de reducción del estrés Reducir la ingesta de alcohol y cafeína Evitar el consumo de nicotina y drogas. Ejercicio regular MOH2015	D(+)	↑ ↑(1)
	Estrategias Psicoterapéuticas:		
	<ul style="list-style-type: none"> Se recomienda mantener un estilo de consulta basada en la empatía y el entendimiento para mejorar la satisfacción con la consulta, incrementando la confianza y los resultados clínicos. 	D(+)	↑(2)
	<ul style="list-style-type: none"> Para el tratamiento de los trastornos de ansiedad se recomienda la aplicación de intervenciones cognitivo-comportamentales (relajación, reconocimiento de pensamientos ansiogénicos y de falta de autoconfianza, búsqueda de alternativas útiles y entrenamiento en acciones para resolución de problemas, técnicas para mejorar el sueño y trabajo en casa). 	B(+++)	↑ ↑(1)
	<ul style="list-style-type: none"> Se aconseja la realización de talleres grupales basados en relajación y técnicas cognitivas. 	B(+++)	↑ ↑(1)
	<ul style="list-style-type: none"> Se recomienda terapia con intervenciones grupales cognoscitivas en al menos 8 sesiones (1 por semana), realizadas de forma estructurada y dirigidas por profesionales entrenados. 	D(+)	↑(2)

<ul style="list-style-type: none"> • Se recomienda la combinación de: terapia psicodinámica, TCC y terapia farmacológica para el tratamiento de los Trastornos de Ansiedad, ya que esta combinación muestra mejores resultados que cada una de las intervenciones por separado. • World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the pharmacological treatment of anxiety, obsessive-compulsive and post-traumatic stress disorders - first revision. World J Biol Psychiatry. 2008;9(4):248-312. 	C(++++)	↑ ↑ (1)
<ul style="list-style-type: none"> • Terapia Cognitivo Comportamental (TCC): • La TCC está indicada en Trastornos de Ansiedad y debe ser realizada por profesionales capacitados que se adhieran a los protocolos de tratamiento. 	A(++++)	↑ ↑ (1)
<ul style="list-style-type: none"> • La TCC puede ser aplicada de manera individual o en grupo, ya que los efectos son similares, aunque el tratamiento individual conlleva menores tasas de abandono. 	A(++++)	↑ ↑ (1)
<ul style="list-style-type: none"> • La TCC está indicada para como primera línea para el tratamiento en monoterapia, siendo equivalente o superiores a la farmacoterapia de los siguientes <ul style="list-style-type: none"> - Trastornos de Ansiedad: - Trastorno de Ansiedad Generalizada - Pánico (con y sin agorafobia) - Fobia social - Trastornos de fobias específicas - Trastorno Obsesivo-Compulsivo. 	A(++++)	↑ ↑ (1)
<ul style="list-style-type: none"> • La TCC es efectiva para el tratamiento del TAG, ya que disminuye los síntomas de ansiedad, preocupación y depresión. 	A(++++)	↑ ↑ (1)
<ul style="list-style-type: none"> • La TCC en el tratamiento del TAG puede lograr una mejoría temprana y mayor reducción de los síntomas de ansiedad y depresión, así como una mayor adherencia al tratamiento. RANZCP2018 	A(++++)	↑ ↑ (1)
<ul style="list-style-type: none"> • No hay evidencia que la TCC aplicada durante más de 6 meses (10 sesiones) tenga una mayor efectividad a más largo plazo. 	A(++++)	↑ ↑ (1)

<ul style="list-style-type: none"> 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. 	A(++++)	↑ ↑ (1)
<ul style="list-style-type: none"> En una revisión sistemática se encontró que la TCC es un tratamiento efectivo en los pacientes adultos con trastorno obsesivo-compulsivo. 	B(+++)	↑ ↑ (1)
<p>Tratamiento Combinado:</p> <ul style="list-style-type: none"> A pesar de su uso común en la práctica clínica, actualmente existe evidencia limitada para apoyar el tratamiento combinado de rutina de TCC y farmacoterapia para los trastornos de ansiedad. <p>RANZCP2018</p>	C(+)	↓ (2)
<ul style="list-style-type: none"> Considere iniciar tratamiento combinado TCC más psicofármacos cuando la severidad del Trastorno de Ansiedad sea grave. <p>RANZCP2018</p>	✓	
<p>Estrategias Educativas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Se debe dar información basada en la evidencia al paciente y cuando sea necesario a la familia, sobre la naturaleza del cuadro clínico, las opciones de tratamiento y las posibilidades de manejo de su trastorno. 	D(+)	↑ (2)
<p>Estrategias Educativas:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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. Se deben promover actividades lúdico-recreativas que puedan ayudar a mejorar los síntomas de ansiedad en los pacientes. 	D(+)	↑ (2)

TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO:

<p>¿Cuáles son las recomendaciones para el tratamiento de mantenimiento de los Trastornos de Ansiedad en pacientes adultos en el ICSN-Clínica Montserrat?</p>	<p>Tratamiento Ambulatorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se debe monitorizar la evolución clínica del paciente teniendo en cuenta la eficacia, la adherencia y los efectos adversos del tratamiento farmacológico con controles periódicos así: • Realizar el primer control en las primeras 2 semanas, luego en la semana 4 a 6 y luego en la semana 12. • En la semana 12 de tratamiento se debe tomar la decisión de continuar con el mismo tratamiento o cambiarlo. Cuando se continúa con el mismo tratamiento deberá ser evaluado cada 8 a 12 semanas de acuerdo con su evolución clínica. 	✓	
	<ul style="list-style-type: none"> • 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. 	D(+)	↑ (2)
	<ul style="list-style-type: none"> • Al cabo de 12 semanas de tratamiento se debe tomar la decisión de continuar con el tratamiento farmacológico 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. 	D(+)	↑ (2)
	<p>Certificado de Incapacidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La incapacidad para el trabajo se considera parte integral del tratamiento en aquellos casos en que está justificada. • Para su expedición deberá tomarse en cuenta el deterioro causado por el trastorno, efectos colaterales del tratamiento y el puesto específico de trabajo. • El paciente deberá reintegrarse a su actividad laboral en el menor tiempo posible, una vez que su nivel de mejoría permita un adecuado desempeño. 	✓	
<p>¿Qué intervenciones pueden favorecer la disminución en el número de recaídas o recurrencia en los pacientes con trastornos de ansiedad?</p>	<p>Intervenciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Implementar estrategias de psicoeducación. • Incentivar adherencia al tratamiento farmacológico y psicoterapéutico. • Proponer controles regulares por consulta externa de psiquiatría, para lo cual se recomienda que todo paciente que egresa de la clínica tenga una orden de control ambulatorio. 	✓	

HOSPITALIZACIÓN Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Criterios de Hospitalización:		
¿Qué criterios debe considerar el clínico para indicar un manejo hospitalario a pacientes adultos con trastornos de ansiedad?	Se recomienda tener en cuenta los siguientes factores para indicar una hospitalización en pacientes con Trastornos de Ansiedad: <ul style="list-style-type: none"> • Escala de Funcionamiento Global (GAF) menor de 60% • Pobre red de apoyo. 	✓
	<ul style="list-style-type: none"> • Riesgo de suicidio valorado a través de la entrevista clínica y escala SAD-Persons. 	✓
	<ul style="list-style-type: none"> • Riesgo de auto y heteroagresión. 	✓
	<ul style="list-style-type: none"> • Comorbilidad psiquiátrica, en especial lo relacionado con consumo de sustancias. 	✓
	<ul style="list-style-type: none"> • No respuesta al tratamiento. 	✓
Criterios de Egreso de Hospitalización:		
¿Qué criterios debe considerar el clínico para dar de alta a un paciente en tratamiento hospitalario con trastornos de ansiedad?	<ul style="list-style-type: none"> • El modelo de atención del ICSN-Clinica Montserrat implica que al ingreso de todo paciente se realice un plan de tratamiento donde se fijen objetivos terapéuticos en conjunto con el paciente y su familia (si es pertinente). De acuerdo con el cumplimiento de los objetivos, la estabilización de la sintomatología de base, la adecuada presencia de red de apoyo y la ausencia de los criterios que en su momento indicaron hospitalización, se puede dar de alta al paciente y continuar un tratamiento ambulatorio. 	✓

<p>¿Cuáles son las estrategias útiles que puede usar el clínico en favorecer la adherencia al tratamiento en pacientes con Trastornos de Ansiedad?</p>	<p>Se recomiendan las siguientes intervenciones para favorecer la adherencia al tratamiento:</p> <p>3. Intrahospitalario:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ingresar a los pacientes con Trastornos de Ansiedad en el Grupo de Afecto de la clínica, donde se realizan terapias de grupo 2 veces a la semana, además de reuniones comunitarias diarias en las que se implementan estrategias de psicoeducación de la enfermedad y del tratamiento, promoviendo en el paciente la adherencia al tratamiento. • Asignar un psiquiatra tratante, quien lo acompaña durante todo el proceso de hospitalización, aplicando estrategias psicoterapéuticas y reforzando la necesidad de continuar un tratamiento intrahospitalario y ambulatorio. <p>4. Al egreso:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A todo paciente que egresa de la clínica, debe dársele una orden para continuar tratamiento ambulatorio por consulta de externa de psiquiatría. 		
--	--	---	--

ANSIEDAD Y SUICIDIO

<p>¿Cómo se evalúa el riesgo suicida en pacientes con Trastornos de Ansiedad?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En la evaluación del riesgo suicida se recomienda abordar 3 dominios: <ul style="list-style-type: none"> - Pensamientos - Intencionalidad - Comportamiento suicida <p>La evaluación del riesgo de suicidio debe incluir los factores de riesgo y protección que puedan modificar el riesgo de suicidio del paciente. VAD/DoD2019.</p> <p>Además de la valoración clínica realizada al paciente, en la cual se debe indagar sobre ideas y comportamientos suicidas, se debe utilizar la Escala de Indicadores de Riesgo de Suicidio (Escala SAD Persons) para determinar el riesgo suicida.</p> <p>Se deben incluir en la entrevista todas las preguntas citadas en el anexo “valoración del riesgo suicida” Se deben tener en cuenta los factores de riesgo listados en el apartado 3 del anexo “valoración del riesgo suicida”.</p>		
---	--	---	--

¿Qué medidas de intervención y cuidado deben implementarse en el manejo de las personas en las que se identifica un incremento en el riesgo de suicidio?	<ul style="list-style-type: none"> Se deben realizar intervenciones psicoeducativas al paciente y a su familia/red de apoyo, que enfatizan en el conocimiento y entendimiento del trastorno de Ansiedad y su relación con el riesgo de suicidio. 	C(++)	↑ (2)
	<ul style="list-style-type: none"> De acuerdo con la evaluación global de riesgo suicida en el paciente y según los modelos de atención, se definirá el manejo en Unidades de Cuidado Agudo y las medidas de protección adecuadas para disminuir el riesgo de suicidio. 	✓	

POBLACIONES ESPECIALES

Durante el embarazo:			
¿Cuáles son las recomendaciones para el tratamiento de Trastornos de Ansiedad en poblaciones especiales?	<ul style="list-style-type: none"> Para las mujeres embarazadas con trastornos de ansiedad, se recomienda la TCC como tratamiento de primera línea. Si se decide el uso de medicación, se debe sopesar los riesgos beneficios durante el embarazo para la madre y el feto y en la lactancia durante el periodo posparto. 	✓	
	<ul style="list-style-type: none"> Las mujeres con trastornos de ansiedad deben recibir un mayor apoyo psicoterapéutico en el posparto. RANZCP2018 	✓	
	<ul style="list-style-type: none"> En caso de iniciar un tratamiento farmacológico considere: <ul style="list-style-type: none"> Elegir medicamentos con el menor riesgo potencial para la madre y el feto / bebé. Comenzar con la dosis efectiva más baja y aumentar lentamente. Continuar por el menor tiempo posible. Usar monoterapia en lugar de un tratamiento combinado. MOH2015 	D(+)	↑↑ (1)
	<ul style="list-style-type: none"> La Sertralina, Paroxetina y Citalopram debe evitarse durante el embarazo. MOH2015 Sin embargo, se debe analizar balance riesgo beneficio para su prescripción, sobre todo durante primer trimestre de gestación. 	C(++)	↓(2)
	<ul style="list-style-type: none"> Se recomienda evitar los anticonvulsivantes: Carbamazepina, Divalproato, Litio durante el embarazo. 	A(++++)	↓↓(1)
	<ul style="list-style-type: none"> Se debe evitar el uso de IMAOs durante todo el embarazo y la lactancia materna. 	A(++++)	↓(2)

Clinical practice guidelines. Management of anxiety disorders. Canadian Psychiatric Association. Can J Psychiatry. 2006 Jul;51(8 Suppl 2).	D(+)	↓(2)
En pacientes con Enfermedad Cardiovascular:		
<ul style="list-style-type: none"> Evitar Antidepresivos Tricíclicos (aumentan ritmo cardíaco e intervalo QT, inducen hipotensión ortostática, enlentecen conducción cardíaca, intervienen en la conducción miocárdica). 	A(++++)	↑↑(1)
<ul style="list-style-type: none"> Se deben tener en cuenta los posibles efectos secundarios cardiovasculares de la Venlafaxina y Duloxetina en esta población. 	C(++)	↑↑(1)
<ul style="list-style-type: none"> Los ISRS tienen efectos mínimos sobre la función cardiovascular y pueden producir efectos potencialmente beneficiosos sobre la agregación plaquetaria. 	A(++++)	↑↑(1)
World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the pharmacological treatment of anxiety, obsessive-compulsive and post- traumatic stress disorders - first revision. World J Biol Psychiatry. 2008;9(4):248-312.		

**POBLACIONES
ESPECIALES**

Población Infanto-Juvenil:			
	<ul style="list-style-type: none"> Se recomienda ofrecer TCC a pacientes entre 6 a 18 años con diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Social, Ansiedad Generalizada, Ansiedad de separación, Fobia específica o Trastorno de pánico. AACAP2020. 	C(++)	↑ ↑ (1)
	<ul style="list-style-type: none"> Se recomienda a quienes se considere el tratamiento farmacológico, iniciar inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) a pacientes de 6 a 18 años con Trastorno de Ansiedad Social, Ansiedad Generalizada, Ansiedad por Separación o Trastorno de Pánico. AACAP2020. 	B(+++)	↑ ↑ (1)
	<ul style="list-style-type: none"> Se sugiere el tratamiento combinado (TCC y un ISRS) se pueden ofrecer preferentemente sobre TCC sola o un ISRS solo a pacientes entre 6 a 18 años con Trastorno de Ansiedad Social, Ansiedad Generalizada, Ansiedad por Separación o Trastorno de Pánico. AACAP2020. 	C(++)	↑ (2)
	<ul style="list-style-type: none"> Los inhibidores de la recaptación de serotonina (IRSN) podrían ofrecerse como segunda línea de tratamiento a pacientes entre 6 a 18 años con Trastorno de Ansiedad Social, Ansiedad Generalizada, Ansiedad por Separación o Trastorno de Pánico. AACAP2020. 	C(++)	↑ ↑ (1)
Población Anciana:			
	<ul style="list-style-type: none"> Se recomienda en personas mayores TCC para disminuir la ansiedad asociada al Trastorno de Ansiedad Generalizada. CENETEC2019 	A(++++)	↑ ↑ (1)
	<ul style="list-style-type: none"> Los fármacos de primera línea recomendados para el TAG son los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS) o inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN), son bien tolerados y tienen un perfil de seguridad adecuado en la persona mayor. CENETEC2019. 	A(++++)	↑ ↑ (1)
	<ul style="list-style-type: none"> Se recomienda utilizar benzodicepinas para controlar los síntomas de ansiedad como complemento al manejo con ISRS o IRSN, sobre todo al inicio del tratamiento. CENETEC2019. 	B(+++)	↑ (2)

	<ul style="list-style-type: none"> No se recomienda el tratamiento en monoterapia con benzodicepinas, aumentan el riesgo de eventos adversos graves, como caídas, alteraciones funcionales, deterioro cognoscitivo discapacidad y accidentes automovilísticos, por lo cual, se deben utilizar solo como complementos a corto plazo del tratamiento para ansiedad, aunque se sugiere evitar siempre que sea posible. CENETEC2019. 	D(+)	↓(2)
--	---	------	------

Población con comorbilidad con trastornos por Consumo de Sustancias Psicoactivas:			
	<ul style="list-style-type: none"> Si la desintoxicación para el paciente no es posible, se recomienda que se intente el tratamiento del trastorno de ansiedad: seguir las directrices para seleccionar la farmacoterapia más adecuada para el manejo del trastorno de ansiedad. 	B(+++)	↑ ↑ (1)
	<ul style="list-style-type: none"> Se recomienda la evaluación por un servicio especialista en adicciones antes de utilizar una benzodiazepina para tratar los síntomas de ansiedad. 	D(+)	↑ (2)
	<ul style="list-style-type: none"> Se deben considerar medicamentos específicos para el tratamiento del trastorno por consumo de sustancias (abuso o dependencia), como por ejemplo sustitución de opiáceos y los que son útiles para prevención de recaídas de alcohol: Naltrexona o Acamprosato. 	D(+)	↑ ↑ (1)
	<ul style="list-style-type: none"> No hay suficiente evidencia para recomendar el uso de Buspirona para reducir los síntomas de ansiedad en pacientes con un Trastorno de Ansiedad y un Trastorno por Consumo de Alcohol. 	D(+)	↓(2)
	<ul style="list-style-type: none"> Se recomienda el tratamiento con ISRS (Paroxetina) para la reducción del uso de alcohol en pacientes con Ansiedad Social. 	D(+)	↑ (2)

3

3. Metodología

3.1 Introducción

Este documento es la primera actualización de la de la Guía de Práctica Clínica (GPC) desarrollada, financiada y publicada por el ICSN- Clínica Montserrat en el año 2016, como instrumento de consulta, estandarización de procesos, actualización y apoyo en la práctica clínica diaria de los médicos especialistas, médicos residentes, médicos de planta, personal de enfermería, terapeutas ocupacionales y personal asistencial, proveyendo una fuente clara y precisa sobre la toma adecuada de decisiones para el cuidado de la salud del paciente con Trastornos de Ansiedad.

Se establecen recomendaciones para la detección oportuna, el tratamiento agudo y el seguimiento de enfermedades mentales en pacientes adultos que asistan a los servicios de Consulta programada y no programada de la Clínica Montserrat, así como en la atención prestada a nivel hospitalario en Psiquiatría, Clínica día y sedes integradas en red al ICSN.

Objetivo General

El objetivo de esta guía es brindar una herramienta actualizada al clínico que favorezca el diagnóstico temprano y optimice el tratamiento en beneficio de los pacientes con Trastornos de Ansiedad y sus familias.

Los objetivos específicos son:

1. Ofrecer una síntesis de la mejor evidencia disponible en el diagnóstico y herramientas

clínicas para la evaluación de un paciente adulto con algún Trastorno de Ansiedad.

2. Proporcionar recomendaciones de tratamiento basadas en la mejor evidencia disponible.
3. Disminuir las complicaciones de los Trastornos de Ansiedad, el número de recaídas y recurrencias mediante la detección oportuna y el tratamiento adecuado y eficiente.

4. Permitir el uso racional de los recursos empleados en las intervenciones necesarias para el cuidado de los pacientes con Trastornos de Ansiedad.

Fases, etapas y pasos del proceso de desarrollo:

Para la actualización de la guía se tuvo en cuenta el alcance de la GPC, la variabilidad reciente en la práctica clínica y la nueva evidencia disponible. La actualización incluyó las siguientes etapas:

- Priorización de preguntas clínicas relevantes
- Identificación de la nueva evidencia
- Evaluación de la nueva evidencia
- Modificación/inclusión de las recomendaciones.

El grupo de trabajo consideró la estrategia de búsqueda bibliográfica restrictiva priorizando las revisiones sistemáticas y se realizó la búsqueda de las GPC más recientes, relevantes y de mayor calidad.

Las recomendaciones basadas en evidencia se modificaron cuando el grupo de trabajo consideró que había suficiente evidencia. Las preguntas que no fueron objeto de actualización o sin evidencia suficiente para su modificación continuaron sin cambios respecto a la anterior GPC publicada. Cuando la evidencia era débil, se formularon puntos de buena práctica clínica () basados en el consenso de un grupo de expertos en el campo que, de acuerdo con su conocimiento, experiencia clínica y de investigación colectiva consideraron aplicables.

Se mantuvo la estadificación de desenlaces de acuerdo con el sistema GRADE. No se incluyó información de costo efectividad puesto que en la adaptación de la GPC del 2016 y no fue objeto de atención.

Esta guía también remite a los clínicos a documentos, declaraciones o algoritmos actuales

seleccionados que se han publicado en otras GPC.

Los indicadores de calidad de la GPC fueron actualizados para la articulación de estos a los sistemas de calidad e información. Se estableció desde la oficina de Calidad del ICSN un estándar que establece el rango o umbral aceptable para el concepto de adherencia para cada uno de los indicadores derivados de la guía.

Esta GPC está basada en la mejor evidencia disponible al momento de su actualización. La adherencia a estas recomendaciones no necesariamente garantiza el mejor desenlace. No sustituyen el conocimiento profesional y el juicio clínico. Pueden estar limitados en su utilidad y aplicabilidad por una serie de factores: la disponibilidad de la evidencia de investigación de alta calidad, la calidad de la metodología utilizada en la actualización de la guía, la generalización de los resultados de la investigación y la singularidad de los individuos.

Se recomienda una evaluación programada cada 3 años para la decisión de actualización de la GPC.

Para la guía se seleccionó la siguiente bibliografía:

1. Department of Health. Appropriate prescribing of psychotropic medication for non-cognitive symptoms in people with dementia (NCEC National Clinical Guideline No. 21). Value Heal. 2019;22(21):S747.
2. Dyer SM, Laver K, Pond CD, Cumming RG, Whitehead C, Crotty M. Clinical practice guidelines and principles of care for people with dementia in Australia. Vol. 45, Australian Family Physician. 2016. 884–889 p.
3. Dyer SM, Laver K, Pond CD, Cumming RG, Whitehead C, Crotty M. Clinical practice guidelines and principles of care for people with dementia in Australia. Aust Fam Physician. 2016;45(12):884–9.
4. Dyer SM, Laver K, Pond CD, Cumming RG, Whitehead C, Crotty M. Clinical practice guidelines and principles of care for people with dementia in Australia. Aust Fam

- Physician. 2016;45(12):884–9.
5. Ministerio de Sanidad C y BS. Plan Integral de Alzheimer y otras Demencias (2019-2023). Sanid 2019 [Internet]. 2019;13–91. Available from: https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/docs/Plan_Integral_Alzheimer_Octubre_2019.pdf0Awww.msbs.gob.es
 6. National Institute for Health and Care Excellence. Dementia : assessment, management and support for people living with dementia and their carers (NICE guideline, NG97). Clin psychiatry. 2020;62(5):682–8.
 7. Neurología SE de. Guía Oficial de Práctica Clínica en Demencia. Madrid; 2018.
 8. Pink J, O'Brien J, Robinson L, Longson D. Dementia: Assessment, management and support: Summary of updated NICE guidance. BMJ. 2018;361(June):1–6.
 9. Qaseem A, Snow V, Jr JTC, Forciea MA, Jr RH. Current Pharmacologic Treatment of Dementia : A Clinical Practice Guideline. Ann Intern Med. 2007;148(June 2007):370–8.
 10. Reus VI, Fochtmann LJ, Eyster AE, Hilty DM, Horvitz-Lennon M, Jibson MD, et al. The American psychiatric association practice guideline on the use of antipsychotics to treat agitation or psychosis in patients with dementia. Am J Psychiatry. 2016;173(5):543–6.
 11. Sistema General de Seguridad Social en Salud C. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno Neurocognitivo Mayor (Demencia) (Adopción). 2017;(61).

Tabla 1. Representación de la calidad de la evidencia y la fuerza de las recomendaciones. Grupo de Trabajo sobre GPC. Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema de Salud de España. 2006

Representación de la calidad de la evidencia y la fuerza de las recomendaciones		
Calidad de la Evidencia	Representación	
Alta calidad	++++	A
Moderada calidad	+++	B
Baja Calidad	++	C
Muy Baja Calidad	+	D
Fuerza de la Recomendación	Representación	
Recomendación fuerte para uso de una intervención	↑↑	A
Recomendación débil para uso de una intervención	↑	B
Recomendación débil en contra del uso de una intervención	↓↓	C
Recomendación fuerte en contra del uso de una intervención	↓	D
Punto de buena práctica clínica	✓	

4

4. Definiciones:

Ansiedad: La ansiedad es una reacción normal y saludable que se presenta como respuesta al estrés y está asociada con la activación de la respuesta de lucha o huida: son los cambios físicos, mentales y de comportamiento que les permiten a las personas enfrentar amenazas o peligros del ambiente. (CANADIAN CLINICAL PRACTICE, 2014).

Ansiedad Adaptativa: Se considera que la ansiedad es adaptativa cuando se experimenta como una sensación o un estado emocional que constituye una respuesta habitual a circunstancias cotidianas estresantes. (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad, Ministerio de Sanidad y Consumo, España, 2008).

Se considera que la ansiedad es normal o adaptativa en la medida en que da paso a conductas de seguridad, resolutivas y de adaptación. (CENETEC, 2010).

Ansiedad Patológica: Se considera que la ansiedad es patológica cuando su intensidad es excesiva con relación al estímulo, o la duración es injustificadamente prolongada y la recurrencia inmotivada, generando un grado evidente de deterioro en la funcionalidad y la adaptación de la persona. (CENETEC, 2010). (ver Anexo diferencias entre ansiedad normal y ansiedad patológica).

Trastornos de Ansiedad: Grupo de padecimientos caracterizados por la presencia de preocupación, miedo, tensión o temor excesivos, que ocasiona un malestar y sufrimiento importante o un deterioro clínicamente significativo en la funcionalidad y adaptación del individuo. (CENETEC, 2010)

Se caracterizan por una preocupación excesiva y la necesidad de evitar situaciones que son foco de esta preocupación. Se basan en dimensiones que se extienden desde síntomas transitorios hasta síntomas graves, incapacitantes y persistentes durante años. (CANADIAN CLINICAL PRACTICE, 2014).

5

5. Evidencia

5.1 Generalidades

5.1.1 Etiología y factores de riesgo

La etiología de los Trastornos de Ansiedad es multifactorial. Existen factores biológicos (cualquier factor que altere los sistemas gabaérgicos y serotoninérgicos, alteraciones estructurales del sistema límbico), ambientales, psicosociales y caracterológicos. (C) (CENETEC,2010)

Los factores de riesgo más importantes para presentar un Trastornos de Ansiedad son:

- Ser mujer.
- Eventos de vida estresantes o traumáticos, en particular abuso en la niñez.
- Comorbilidad con trastornos psiquiátricos (principalmente depresión).
- Antecedente de trastornos de ansiedad o cualquier trastorno del afecto
- Presencia de enfermedad médicas crónicas o consumo de sustancias psicoactivas.
- Historia familiar de ansiedad.
- Inhibición conductual

(CANADIAN CLINICAL PRACTICE, 2014)

5.1.2. Epidemiología

La Ansiedad y los trastornos relacionados se encuentran entre los trastornos mentales más comunes con prevalencias de vida reportadas hasta de un 31% (CANADIAN CLINICAL PRACTICE, 2014).

Según la OMS tienen una prevalencia en la población adulta alrededor del 12%, y son los trastornos mentales que más frecuentemente se atienden en los servicios de atención primaria.

Adicionalmente, esta misma organización reporta que son los trastornos mentales que inician más temprano en la vida, con una mediana de edad para fobias y ansiedad de separación entre los 7-14 años y de 24-50 años para Trastorno de Ansiedad Generalizada, Trastorno de Pánico y Trastorno de Estrés Postraumático (CANADIAN CLINICAL PRACTICE, 2014)

Según la Organización Panamericana de Salud (OPS) en un estudio sobre los Trastornos Mentales en América Latina y el Caribe, los Trastornos de Ansiedad son el segundo trastorno más discapacitante en la mayoría de los países de la región de las Américas. (OPS, 2018).

En Colombia, la Encuesta Nacional de Salud Mental realizada en el 2015 evidencia como grupo sindromático, que los trastornos de ansiedad son el tercer diagnóstico más frecuente (3.9% alguna vez en la vida), siendo más frecuente en las mujeres (9,7%) que en los hombres (2,9%).

Los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad son más frecuentes en las mujeres, mientras que los trastornos por uso de sustancias son más frecuentes en los hombres (Encuesta Nacional de Salud Mental Colombia, 2015).

La comorbilidad entre Trastornos de Ansiedad y Trastornos Depresivos es frecuente (C). Los trastornos de ansiedad están asociados de forma independiente con un aumento significativo, 1,7-2,5 veces mayor riesgo de conductas suicidas (CANADIAN CLINICAL PRACTICE, 2014). En los casos de comorbilidad con sustancias psicoactivas se debe tener en cuenta que muchos pacientes utilizan las sustancias como automedicación para lidiar con los síntomas ansiosos. (CENETEC, 2010)

5.2. Diagnóstico clínico de los trastornos de ansiedad:

La ansiedad afecta los procesos cognoscitivos, interfiere con la capacidad de análisis y puede producir distorsiones de la percepción de la realidad

Los síntomas ansiosos que pueden reconocerse en los individuos son:

- Afecto ansioso permanente.
- Aumento de la conducta motora.
- Insomnio y alteraciones del apetito.
- Rumiación ideativa e ideas sobrevaloradas de preocupación, anticipación y catástrofe.

Para detectar casos probables en la población general cuando se presentan síntomas como los descritos anteriormente, se pueden aplicar cuestionarios de síntomas para ansiedad como el SRQ que es una prueba de tamizaje, pero no de diagnóstico (C) (ver Anexo cuestionario SRQ) (Ministerio de Sanidad y Consumo, España, 2008) (CENETEC, 2010).

La ansiedad normal es un estado emocional que se presenta como una reacción adaptativa ante situaciones percibidas como estresantes por el individuo. La ansiedad patológica es una reacción desmedida con relación al estímulo en intensidad, duración o recurrencia en ausencia de un estímulo estresante, que ocasiona un deterioro en la adaptación del individuo (C).

El diagnóstico de un trastorno de ansiedad se realiza mediante la entrevista clínica y la obtención de una historia clínica completa (D). Los síntomas presentados se pueden dividir en dos grupos, físicos y psicológicos (C):

1. Signos y Síntomas Físicos:

- Aumento de la tensión muscular
- Vértigo
- Sensación de embotamiento
- Diaforesis
- Alteraciones de la tensión arterial (aumento)
- Taquicardia
- Midriasis
- Lipotimias
- Disnea
- Parestesias
- Temblor
- Alteraciones gastrointestinales (como diarrea)
- Aumento de la frecuencia y urgencia urinaria

2. Síntomas Psicológicos:

- Intranquilidad, desasosiego
- Inquietud motora

- Sensación de angustia
- Preocupación excesiva y desproporcionada
- Miedos irracionales
- Ideas catastróficas
- Deseo de huir, “ganar de salir corriendo”
- Temor a perder la razón o el control
- Sensación de muerte inminente

La ansiedad de carácter patológico puede ser primaria o secundaria. La primaria es aquella que aparece en los trastornos de ansiedad propiamente dichos. La secundaria se presenta como síntoma de diversas enfermedades orgánicas, al uso de medicamentos (simpaticomiméticos, anticonceptivos) o al uso o abstinencia de sustancias psicoactivas (D) (ver Anexo de Diagnóstico Diferencial). Las enfermedades que pueden agravar o simular síntomas de ansiedad son (MOH, 2015):

- Endocrinológicas: Hipertiroidismo, Hipoglucemia, Insuficiencia adrenal, Feocromocitoma, Hiperadrenocortisismo, Síndrome Climatérico.
- Cardiovasculares: Insuficiencia cardíaca congestiva, Embolismo Pulmonar, Arritmias Cardíacas, Prolapso de la Válvula Mitral.
- Respiratorias: Asma, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), Neumonía.
- Gastrointestinales: Úlcera péptica, Síndrome de Colon Irritable.
- Metabólicas: Diabetes Mellitus.
- Neurológicas: Migraña, Neoplasia, Disfunción Vestibular, Epilepsia de Lóbulo Temporal.
- Psiquiátricas: Depresión, Esquizofrenia, Trastornos de Personalidad, TAB y Consumo de sustancias

- Otras: Cáncer, Síndrome de Fatiga Crónica.

El diagnóstico es clínico (D) (CENETEC, 2010). Para la tipificación del diagnóstico se pueden utilizar los criterios diagnósticos de la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima versión (CIE- 10) o la de la Asociación Americana de Psiquiatría en el Manual Diagnóstico y Estadístico, cuarta versión revisada (DSM-IV-5) (APA, 2013).

En la clasificación del manual diagnóstico y estadístico DSM-5 publicado en el 2013, el Trastorno de Estrés Postraumático y el Trastorno Obsesivo Compulsivo se eliminaron y clasificaron por separado al resto de los Trastornos de Ansiedad. Dado que el objetivo es proporcionar una actualización de las directrices del 2016 se han incluido en esta edición. Para efectos de esta guía se utilizará la clasificación de la OMS CIE-10, teniendo en cuenta que ésta se encuentra ampliamente difundida en las instituciones de salud del país y los códigos de las enfermedades son los que utiliza el sistema de información nacional. Los trastornos de ansiedad comprendidos en esta guía son (ver Anexo Criterios diagnósticos CIE 10):

- Trastornos de Ansiedad Fóbica (F40)
- Agorafobia (F40.0)
- Fobia social (F40.1)
- Fobia Específica (F40.2)
- Otros Trastornos de Ansiedad (F41)
- Trastorno de Pánico (F41.0)
- Trastorno de Ansiedad Generalizada (F41.1)
- Trastorno Obsesivo-Compulsivo (F42)
- Trastorno de Ansiedad debido a Enfermedad Médica (F06.4)
- Trastorno de Ansiedad Inducido por Sustancias (F10-19)

Trastornos de Ansiedad Fóbica

Grupo de trastornos en los cuales la ansiedad es provocada exclusiva o predominantemente por ciertas situaciones y estímulos bien definidos, que por lo general no son peligrosos. Como resultado, estas situaciones y estímulos son típicamente evitados o son vividos con gran temor. La preocupación del paciente puede centrarse en síntomas somáticos, como taquicardia o lipotimias, y frecuentemente se asocia con temores de morir, de perder el control o de volverse loco. La previsión de la exposición a una situación fóbica genera habitualmente ansiedad anticipatoria. Frecuentemente la ansiedad fóbica se asocia con Depresión. Para definir si se requieren los dos diagnósticos, la ansiedad fóbica y el episodio depresivo, o si sólo aplica uno, hay que basarse en el tiempo de aparición de los dos trastornos y en su evolución (OMS, 2003) (APA, 2013).

Agorafobia

Grupo relativamente bien definido de fobias que abarcan el miedo a salir del hogar, el miedo a entrar a locales comerciales, a sitios donde hay multitudes o a lugares públicos, o el miedo a viajar sólo en tren, en bus o en avión. En general, se produce la ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones en donde escapar puede resultar difícil o donde puede no disponerse de ayuda. Una característica frecuente es la aparición de episodios de crisis de angustia, tipificándose como Trastorno de Angustia con Agorafobia. También puede cursar sin crisis de angustia, tipificándose como agorafobia sin historia de Trastorno de Angustia (OMS, 2003)

En estos pacientes con frecuencia pueden aparecer síntomas depresivos, obsesivos y fobias a la interacción social de forma secundaria. Frecuentemente, los pacientes evitan notablemente la situación fóbica, por lo cual algunos pacientes con agorafobia experimentan poca ansiedad, porque son capaces de evitar sus situaciones fóbicas (OMS 2003).

Fobia Social (Trastorno de Ansiedad Social)

Temor excesivo e irreal de situaciones sociales o actuaciones en público, donde es posible exponerse al escrutinio de terceros, que lleva a la persona a evitar situaciones de interacción social. Los pacientes pueden presentar síntomas de rubor, temblor en las manos, náuseas o necesidad urgente de orinar, y a veces están convencidos de que una de estas manifestaciones secundarias de su ansiedad es su problema primario. (OMS 2003)) (APA, 2013).

Fobia Específica (Aislada)

Anteriormente denominada simple, consiste en temor excesivo o irracional desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o condiciones específicas. Son fobias restringidas a situaciones muy específicas, como la cercanía a ciertos animales, las alturas, un trueno, la oscuridad, volar en avión, los espacios cerrados, orinar o defecar en baños públicos, la ingesta de ciertos alimentos, la atención dental o la visión de sangre o de heridas. Aunque la situación desencadenante es discreta, su aparición puede provocar pánico, al igual que en la Agorafobia o en la Fobia Social. Ejemplos de fobia simple son: la Acrofobia, Claustrofobia, Fobia a los Animales (OMS, 2003) (APA, 2013).

Otros Trastornos de Ansiedad

Trastornos en los cuales la manifestación de ansiedad es el síntoma principal y no está restringida a ninguna situación específica del entorno. Puede haber también síntomas depresivos y obsesivos, e incluso algunos elementos de ansiedad fóbica secundaria (Organización Mundial de la Salud, 2003).

Trastorno de Pánico (Ansiedad Paroxística Episódica)

El rasgo fundamental son los ataques recurrentes de angustia grave (pánico), que no se restringen a una situación en particular o a un

conjunto de circunstancias (a diferencia de la Agorafobia) y que por lo tanto son impredecibles. Como ocurre en otros Trastornos de Ansiedad, entre los síntomas predominantes se encuentran: taquicardia, dolor precordial, sensación de asfixia, vértigo y despersonalización y desrealización. Frecuentemente hay también un temor secundario a morir, a perder el control o a enloquecer (OMS 2003)) (APA, 2013).

El ataque de pánico aislado por sí mismo no es un trastorno mental y no debe aparecer como diagnóstico principal. Si aparecen en el contexto de cualquier otro trastorno mental debe ser codificado como especificador. (APA, 2013).

Trastorno de Ansiedad Generalizada

Su característica fundamental es ansiedad y preocupación excesiva, persistente y generalizada sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (la angustia “flota libremente”). Los síntomas principales son variables, pero incluyen quejas permanentes de nerviosismo, temblor, tensiones musculares, sudoración, aturdimiento, taquicardia, vértigo y malestar epigástrico. (OMS, 2003).

Trastorno Obsesivo-Compulsivo

Se caracteriza por la presencia de pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan como intrusivos y no deseados y/o de actos compulsivos (comportamientos repetitivos, rituales o actos mentales) que el individuo se siente impulsado a realizar para reducir la ansiedad generada por las obsesiones. El paciente intenta a menudo rechazarlos, sin tener éxito. A pesar de esto, son reconocidos como pensamientos propios, incluso aunque sean involuntarios y repulsivos para el paciente (OMS, 2003)) (APA, 2013).

También se le conoce como Neurosis Anancástica y Neurosis Obsesivo-Compulsiva. El Trastorno Obsesivo-Compulsivo es diferente a la Personalidad Obsesivo-Compulsiva (OMS, 2003).

5.2.1. Instrumentos de medición

Los instrumentos de medición no se recomiendan para tamizaje o diagnóstico de los Trastornos de Ansiedad. El DSM-5 sugiere las siguientes preguntas para la identificación de síntomas relacionados con la Ansiedad:

Durante las últimas dos semanas, ¿Qué tanto le han molestado los siguientes síntomas?

1. Sentirse nervioso, ansioso, asustado o preocupado
2. Sentir pánico o tener miedo
3. Evitar situaciones que lo pongan nervioso

Las preguntas puntuadas como leves o superiores pueden justificar una evaluación adicional. Si la presencia de ansiedad es evidente se debe incluir preguntas sobre el inicio de los síntomas, naturaleza de la ansiedad, eventos relacionados e impacto sobre el funcionamiento actual del paciente (APA, 2013).

Los instrumentos de medicación se utilizan para apoyo diagnóstico seguimiento o investigación. La escala Hamilton para ansiedad (HARS) es un instrumento heteroaplicado de 14 preguntas que evalúa la intensidad de la ansiedad, tiene adecuadas propiedades psicométricas (consistencia interna, confiabilidad test retest a un día y a la semana y validez concurrente con el inventario de Beck El inventario de ansiedad de Beck (BAI), es un instrumento autoplicado de 21 preguntas con adecuadas propiedades psicométricas que también ha demostrado

sensibilidad al cambio tras el tratamiento (C) (CENETEC, 2010).

5.3 Tratamiento

5.3.1 Tratamiento farmacológico

Todo paciente con Trastorno de Ansiedad necesita tratamiento y el objetivo de éste es aliviar los síntomas, prevenir recaídas, evitar secuelas, ayudar y asesorar en la resolución de problemas psicosociales, recuperando así la funcionalidad del paciente. La guía canadiense reporta que el 40% de los pacientes con Trastornos de Ansiedad no son tratados. (CANADIAN CLINICAL PRACTICE 2014)

Para los Trastornos de Ansiedad existen tratamientos farmacológicos y no farmacológicos. Dependiendo del tipo de trastorno, hay evidencia que soporta el uso de la farmacoterapia, de la psicoterapia o del tratamiento combinado (CANADIAN CLINICAL PRACTICE 2014). A pesar del uso común en la práctica clínica, actualmente existe evidencia limitada que respalde la combinación rutinaria de la terapia farmacológica y la psicoterapia con resultados contradictorios en los estudios clínicos (RANZCP, 2018).

Existen factores que pueden modificar el inicio y la selección del tratamiento farmacológico, entre los que se han identificado (C) (CENETEC, 2010):

- **La edad del paciente:** En menores de 18 años no están aprobados todos los medicamentos, y no todos tienen estudios en los diferentes trastornos. El medicamento con más estudios y aprobaciones en esta población es la Fluoxetina.

Los pacientes mayores de 60 años, tienen mayor probabilidad de comorbilidad, interacciones farmacológicas, compromiso de la función renal, hepática, diferente porcentaje y distribución de grasa corporal, por lo cual se deben ajustar las dosis de los medicamentos (C).

- **Tratamiento previo:** Es muy probable que un paciente que haya respondido en el pasado de manera efectiva a una medicación específica, vuelva a responder de la misma forma. Igualmente sucede con los efectos adversos (C).
- **Riesgo de abuso de medicamentos:** Existe mayor probabilidad de abusar de los medicamentos, si el paciente presenta antecedentes de consumo y/o dependencia de sustancias psicoactivas (C).
- **Riesgo suicida:** Un metaanálisis que evalúa la prevalencia de pensamientos y conductas suicidas en pacientes con Trastornos de Ansiedad evidenció que individuos con Trastorno de Pánico, Ansiedad Generalizada y Ansiedad Social experimentaron ideas e intentos de suicidio en un 50% (RANZCP, 2018).
- **Interacciones farmacológicas (C).**
- **Embarazo o lactancia (C):** dentro de los fármacos utilizados en el tratamiento de los Trastorno de Ansiedad están los antidepresivos. La mayoría de éstos se encuentra en categoría C (potencialmente riesgoso): Citalopram, Escitalopram, Fluoxetina, Duloxetina, Mirtazapina, Trazodona, Venlafaxina. En categoría D (por evidencias de riesgo fetal, usar como último recurso): antidepresivos tricíclicos (Clomipramina, Imipramina), Diazepam, Clonazepam y Alprazolam.
- **Preferencias del paciente.**

Los estudios sobre el tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizado (TAG) demuestra que (CENETEC, 2010):

- Los antidepresivos son eficaces en ciertos trastornos de ansiedad, pero están asociados a una mayor carga de efectos adversos que los ISRS y IRSN (D) (BAP, 2014).

La interrupción abrupta del tratamiento con los ISRS se asocia con síndrome de discontinuación adversos (mareo, insomnio y síntomas similares a un estado gripal, alteraciones en el equilibrio, estados de desánimo, letargo) (A) (RANZCP, 2018).

- Las benzodiazepinas (Alprazolam, Clonazepam, Lorazepam, Diazepam y Bromazepam) han demostrado ser eficaces, particularmente para el manejo de la ansiedad aguda y la agitación (A) (CANADIAN CLINICAL PRACTICE, 2014).

- El uso de benzodiazepinas se asocia a riesgo de dependencia, tolerancia, sedación, accidentes de tránsito y abstinencia tras su suspensión abrupta (A).

- La interrupción del tratamiento farmacológico se asocia con un riesgo de recaída del 20% al 40% en los 6 a 12 meses siguientes a su interrupción (A).

- No hay evidencia que justifique el uso de antipsicóticos, buspirona o betabloqueadores (B).

Los estudios sobre el tratamiento de pacientes con Trastorno de Pánico demuestran que:

- Las benzodiazepinas (Alprazolam, Clonazepam, Lorazepam y Diazepam) son eficaces en el tratamiento de ataques de pánico

(A), sin embargo, pese a su eficacia se consideran segunda línea de tratamiento por su perfil de seguridad. Pueden ser útiles en el tratamiento a corto plazo de la crisis de pánico, la agitación aguda y severa y durante el inicio del ISRS hasta obtener respuesta (A) (CANADIAN CLINICAL PRACTICE, 2014).

- La combinación de psicoterapia con farmacoterapia con antidepresivos es superior a la TCC o farmacoterapia sola durante la fase aguda del tratamiento (B) (RANZCP, 2018).

- Los antidepresivos son el medicamento de elección para el tratamiento farmacológico de mantenimiento, reduciendo el número de Crisis de Pánico y manteniendo los beneficios del tratamiento durante 6 meses a tres años de tratamiento (A (CANADIAN CLINICAL PRACTICE, 2014)). Comparados con placebo, los ISRS (Fluoxetina, Sertralina, Paroxetina, Fluvoxamina, Citalopram) al igual que la Clomipramina e Imipramina, mejoran los síntomas de ansiedad anticipatoria, evitación agorafóbica y síntomas relacionados con discapacidad funcional y calidad de vida (A).

- No hay evidencia que justifique el uso de Antipsicóticos, buspirona o de betabloqueadores en el Trastorno de Pánico (RANZCP, 2018).

Los estudios sobre el tratamiento de pacientes con Fobia demuestran que (CENETEC, 2010):

- Los ISRS (paroxetina, sertralina, fluoxetina, escitalopram y fluvoxamina) y los IRSN (Venlafaxina) son efectivos en el tratamiento de la fobia Social (A) (RANZCP, 2018). También se

hay evidencia de la efectividad de la pregabalina a dosis >300 mg/día, pero no su eficacia no comparable a la de los ISRS (B) (CANADIAN CLINICAL PRACTICE, 2014).

- La terapia de exposición ha demostrado ser el gold standard en el tratamiento la fobia social y la fobia específica (A) (RANZCP, 2018) (CANADIAN CLINICAL PRACTICE, 2014). Existen pocos estudios que evalúen la combinación de terapia de exposición combinada con benzodicepinas para el tratamiento de las fobias específicas, en los cuales no se ha demostrado beneficio adicional con el uso del medicamento (B) (CENETEC, 2010).

Los estudios sobre el tratamiento de pacientes con Trastorno Obsesivo-Compulsivo ha demostrado que:

- Los ISRS que han demostrado mayor efectividad como tratamiento de primera línea son: Fluoxetina, Fluvoxamina, Paroxetina, Escitalopram Citalopram y Sertralina (A). Hay buena evidencia que soporta el uso de Clomipramina (A) pero dado su perfil de efectos secundarios se considera segunda línea de tratamiento. También han demostrado beneficio la Venlafaxina XR(B) y Duloxetina (D). (CANADIAN CLINICAL PRACTICE, 2014)
- Las benzodicepinas (como el Clonazepam) no han demostrado eficacia consistente a largo plazo y por lo tanto no se recomiendan para el tratamiento Trastorno Obsesivo Compulsivo (B) (CANADIAN CLINICAL PRACTICE, 2014)

Sustancias como la Valeriana, Pasionaria, Ginkgo Biloba, Calderona Amarilla, preparado de Espino Blanco, Amapola de California y Magnesio, dada la baja calidad metodológica y escasa cantidad de los estudios no permiten inferir conclusiones acerca de su eficacia o seguridad (B) (CANADIAN CLINICAL PRACTICE, 2014)

5.3.2. Tratamiento no Farmacológico.

Múltiples estudios en pacientes con Trastorno de Ansiedad han demostrado que es importante dar información al paciente como parte del tratamiento integral, esta medida de por sí, ya es una intervención terapéutica (D). Cuando se da información basada en la evidencia al paciente y su familia, sobre el origen de sus síntomas y opciones de tratamiento, se facilita la toma de decisiones compartida (D) (CENETEC, 2010).

La adecuada información al paciente y su familia mejora la adherencia al tratamiento y la incorporación a la psicoterapia. También ayuda a disminuir la ansiedad y la sensación de incertidumbre propias de estos pacientes (D) (CENETEC, 2010).

La psicoterapia es un proceso de comunicación interpersonal entre el terapeuta y el paciente, cuyo objetivo es producir cambios dirigidos a mejorar la salud mental de éste, con la consiguiente disminución o desaparición de los síntomas existentes, cambiar el comportamiento y promover el crecimiento y desarrollo de una personalidad más adaptativa. Varios estudios observacionales han demostrado que una gran cantidad de pacientes aceptan positivamente las intervenciones psicológicas o las prefieren

respecto a los tratamientos farmacológicos (Ministerio de sanidad y Consumo, España, 2008).

Existen varios tipos de tratamiento psicoterapéutico que varían en su fundamentación teórica, en el nivel de desarrollo formal de sus técnicas, en los estudios disponibles que permitan avalar su eficacia y en su utilización por parte de los profesionales, entre los que se encuentran la Terapia Cognitivo Comportamental (TCC), la Terapia Interpersonal (IIP), la Terapia Psicodinámica, la Terapia Sistémica y otros tipos de psicoterapia (Ministerio de Sanidad y Consumo, España, 2008). A la fecha, la investigación ha centrado sus estudios en la TCC, dadas sus condiciones técnicas, las cuales permiten con menor dificultad la realización de ensayos clínicos, razón por la cual existe mayor número de publicaciones acerca de su eficacia en los Trastornos de Ansiedad (D) (Ministerio de Sanidad y Consumo, España, 2008).

Revisiones meta analíticas sugieren que la psicoterapia o la farmacoterapia pueden administrarse como primera línea de tratamiento. No se ha encontrado que la TCC en combinación con los ISRS sea claramente superior en eficacia a la TCC sola o la farmacoterapia sola (B) (MOH 2015)

En pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), la Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) ha demostrado ser un tratamiento efectivo, disminuyendo los síntomas de ansiedad, preocupación y depresión. A corto plazo, la TCC ha demostrado ser tan eficaz como el tratamiento farmacológico. Sin embargo, no hay evidencia que soporte esta eficacia comparativa a largo plazo (MOH 2015). Tampoco hay evidencia que soporte que la TCC aplicada durante más

de 6 meses (más de 10 sesiones) consiga mayor efectividad a largo plazo (A).

En el Trastorno de Pánico, existe evidencia suficiente que sugiere que la TCC sola o combinada puede ser usada en el tratamiento del Trastorno Obsesivo Compulsivo como primera línea de tratamiento (A) (MOH 2015).

TCC mejora significativamente los síntomas de pánico, la calidad de vida y reduce los síntomas depresivos asociados al trastorno (A).

La TCC es eficaz en el tratamiento de la fobia específica. Los componentes que mayor evidencia han mostrado pueden incluir la desensibilización sistemática, exposición en imaginación y la exposición in vivo (A) (MOH 2015).

Algunos estudios abiertos han sugerido alguna utilidad de los tratamientos de meditación y yoga como terapia coadyuvante en el TAG (C).

5.3.3. Tratamiento de mantenimiento.

El seguimiento estructurado de la evolución de los pacientes favorece la adherencia al tratamiento, disminuye el riesgo de recaídas y recurrencias y mejora el pronóstico (D) (CENETEC, 2010). Por lo anterior, es importante tener en cuenta que todo paciente que egrese de hospitalización tenga una orden de control ambulatorio. El adecuado seguimiento de los pacientes por consulta externa debería incluir: implementación de estrategias de psicoeducación, incentivo de

adherencia al tratamiento farmacológico y psicoterapéutico y continuación de controles regulares por consulta externa de psiquiatría (D).

Cuando se inicie un nuevo tratamiento farmacológico la eficacia y los efectos adversos deben ser evaluados. Habrá que tener en cuenta las características específicas de cada medicamento y la evolución clínica del paciente. (D) (CENETEC, 2010).

La incapacidad para el trabajo se considera parte integral del tratamiento en los casos en que este justificada. Para su expedición deberá tomarse en cuenta el deterioro causado por el trastorno, efectos colaterales del tratamiento y el puesto específico de trabajo. El paciente deberá reintegrarse a su actividad laboral en el menor tiempo posible luego de alcanzada una mejoría en la que la disfuncionalidad no interfiera de manera importante con su desempeño. (D) (CENETEC, 2010).

5.4. Hospitalización

El modelo de atención del ICSN-Clinica Montserrat considera que en todo paciente con diagnóstico de Trastorno de Ansiedad que consulta a la clínica, se tengan en cuenta los siguientes factores para considerar el proceso de hospitalización (D):

- Escala de Funcionamiento Global (GAF) menor de 60%
- Pobre red de apoyo

- Riesgo de suicidio valorado a través de la entrevista clínica y escala SAD-Persons
- Riesgo de auto y heteroagresión.
- Comorbilidad psiquiátrica, en especial lo relacionado con consumo de sustancias y depresión.
- Pobre respuesta al tratamiento

Para fomentar la adherencia intrahospitalaria, los pacientes con diagnóstico de Trastorno de Ansiedad que ingresan a hospitalización en el ICSN-Clinica Montserrat se incorporan al grupo de Afecto de la clínica, a través del cual se realizan terapias de grupo 2 veces a la semana, además de reuniones comunitarias diarias, en las que se desarrollan estrategias de psicoeducación de la enfermedad y del tratamiento, promoviendo en el paciente la adherencia al mismo. Además, cada paciente tiene asignado un psiquiatra tratante quien lo acompaña durante todo el proceso de hospitalización, aplicando estrategias psicoterapéuticas y reforzando la necesidad de continuar un tratamiento intrahospitalario y posteriormente ambulatorio (D).

El modelo de atención del ICSN-Clinica Montserrat implica que al ingreso de todo paciente se realice un plan de tratamiento donde se fijen objetivos terapéuticos en conjunto con el paciente y de ser viable y conveniente consu familia. De acuerdo con el cumplimiento de los objetivos, la estabilización de la sintomatología de base, la adecuada presencia de red de apoyo y la ausencia de los criterios que en su momento indicaron hospitalización, se podrá dar de alta al paciente y continuar un tratamiento ambulatorio (D).

6

6. Situaciones Especiales

6.1. Trastornos de ansiedad y comportamiento suicida

A todo paciente que asista a consulta en el ICSN-Clínica Montserrat se le debe evaluar la presencia de riesgo suicida con una adecuada valoración clínica y la utilización de la Escala de Indicadores de Riesgo de Suicidio (Escala SAD Persons). De existir un riesgo alto de suicidio en el paciente, éste debe ser hospitalizado; se definirá, según los modelos de atención el manejo en Unidades de Cuidado Agudo y se brindarán las medidas de protección adecuadas para disminuir este riesgo.

Se deben realizar intervenciones psicoeducativas al paciente y a su familia/red de apoyo, que enfatizan en el conocimiento y entendimiento de la enfermedad, informar que los trastornos de ansiedad están asociados con un mayor riesgo de conductas suicidas (C) (CENETEC, 2010).

El suicidio es previsible y evitable sí se identifica a tiempo. La mayor parte de la población tiene la creencia que si se hace hablar a una persona acerca del suicidio aumentará el riesgo de hacerlo; esto es erróneo. Se ha demostrado que cuando una persona con ideas de suicidio puede hablar al respecto, se disminuye la posibilidad de hacerlo.

6.2 Trastornos de ansiedad en embarazo y lactancia

Debido a que se ha encontrado que los Trastornos de Ansiedad ocurren en general, con mayor frecuencia en mujeres, es importante tener en cuenta las diferencias alrededor de la terapia farmacológica durante el embarazo y la lactancia. (CANANDIAN CLINICAL PRACTICE, 2014)

Cuando la farmacoterapia está indicada para una mujer embarazada o que se encuentra lactando, los riesgos potenciales de la exposición a medicamentos en el feto y el bebé deben sopesarse frente a los riesgos inherentes de la enfermedad sin tratamiento materno (D) (CANANDIAN CLINICAL PRACTICE, 2014)

Los hijos de las madres que tienen altos niveles de ansiedad al final del embarazo (sin que necesariamente hayan sido diagnosticadas con un Trastorno de Ansiedad) tienen mayor riesgo de presentar problemas de conducta o alteraciones emocionales (B) (Can J Psychiatry, 2006).

La Food and Drug Administration (FDA) alerta de complicaciones asociadas a los medicamentos en general cuando éstos se toman durante el primer y último trimestre del embarazo, y enfatizan en estos dos trimestres debido esencialmente al mayor impacto de los fármacos en estos dos periodos, por la organogénesis del primero, y a los riesgos orgánicos y de retirada del medicamento para el feto en el último trimestre, (Ministerio de Sanidad y Consumo, España, 2008).

Antidepresivos:

Aunque se han reportado anomalías menores con el uso de antidepresivos durante el embarazo y la lactancia, en los estudios no se evidencia un mayor riesgo de malformaciones mayores o alteraciones en el funcionamiento neurocognitivo con excepción del uso de la Paroxetina (MOH, 2015). Los estudios han demostrado que el uso de Paroxetina en el primer trimestre duplica el riesgo de presentar malformaciones congénitas,

particularmente defectos cardíacos septales, en comparación con otros antidepresivos (B) Además aumenta el riesgo de padecer temblores al nacer y poco tiempo después (debido a la discontinuación de la medicación) (B) (Can J Psychiatry, 2006).

Con los ISRS en general, en las últimas fases del embarazo, hay cierta evidencia de la interferencia con los sistemas respiratorio y parasimpático en los neonatos, observándose un mayor riesgo de síntomas respiratorios y del sistema nervioso central. También pueden encontrarse hipoglicemias y problemas de adaptación neonatal, si bien, todos estos resultados no son siempre debidos a la toxicidad o retirada de los ISRS.

Las guías MOH del 2015 recomiendan evitar el uso de la Sertralina, Paroxetina, Citalopram, En las guías revisadas no existen indicaciones específicas en el tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en el segundo trimestre de embarazo, excepto evitar IMAOs (que se deben evitar en todos los trimestres del embarazo) (D) (Can J Psychiatry, 2006).

Para disminuir el riesgo de efectos adversos neonatales, se debe usar la dosis eficaz más baja de ISRS, la duración de tratamiento más corta posible, y como monoterapia siempre que sea factible. (MOH, 2015).

La mayoría de los antidepresivos pasan a la leche materna, sin embargo, las ventajas de la lactancia materna pueden ser mayores para el bebé que el riesgo de un evento adverso ante la exposición a un fármaco, que es muy bajo. Una evaluación del riesgo-beneficio individualizado con el objetivo de reducir al mínimo la exposición infantil, manteniendo la salud emocional de la madre, es el enfoque ideal (A, B) CANANDIAN CLINICAL PRACTICE, 2014). Los IMAOs están contraindicados durante el embarazo y la lactancia materna, de acuerdo con los estudios en animales que han reportado mayores tasas de anomalías congénitas y los perfiles que indican la interacción extensa con otros medicamentos. (D) (Can J Psychiatry, 2006).

La exposición a altas dosis de Benzodiazepinas durante el embarazo se ha asociado con el Síndrome de Abstinencia del Recién Nacido (irritabilidad, inquietud, apnea, cianosis, letargo e

hipotonía) (D). Un metaanálisis de la exposición durante el primer trimestre del embarazo sugiere un incremento pequeño pero significativo del riesgo de paladar hendido (riesgo absoluto <1%) (A) (CANADIAN CLINICAL PRACTICE, 2014). No se han reportado efectos a largo plazo, aunque los datos son limitados. (D) (CANADIAN CLINICAL PRACTICE, 2014)

Los datos sobre el uso de antipsicóticos durante el embarazo siguen siendo limitados. Hasta ahora no parece haber un mayor riesgo de malformaciones, aunque hay evidencia inconsistente. Se ha encontrado que estos medicamentos se asocian con ambos, alto o bajo peso al nacer, así como aumento del riesgo de parto pretérmino. Los antipsicóticos de segunda generación pueden incrementar el riesgo de complicaciones por el riesgo aumentado en la madre de diabetes mellitus y síndrome metabólico. (CANADIAN CLINICAL PRACTICE, 2014)

6.3 Trastornos de ansiedad en pacientes con enfermedad cardiovascular

Los ATC y algunos antipsicóticos deben ser evitados en pacientes con enfermedad cardíaca ya que pueden aumentar la frecuencia cardíaca, aumentar el intervalo QT, inducir hipotensión ortostática y conducción cardíaca lenta (D). Por el contrario, los ISRS tienen efectos mínimos sobre la función cardiovascular y pueden producir efectos potencialmente beneficiosos sobre la agregación plaquetaria (B) (BAP, 2014). Dosis mayores a 40 mg de Citalopram puede asociarse a un riesgo ligeramente mayor de prolongación del intervalo QT y debe ser evitado en pacientes con factores de riesgo cardiovascular conocidos incluidos hipocalcemia e hipomagnesemia. (BAP, 2014)

Deben considerarse los posibles efectos secundarios cardiovasculares de la Venlafaxina y la Duloxetina. En un estudio de pacientes de 60 años de edad o mayores, la Venlafaxina fue bien tolerada, sin embargo, los efectos cardiovasculares indeseables se produjeron en algunos de los participantes (B) (The World Journal of Biological Psychiatry, 2008). En otro estudio de pacientes mayores de 60 años de edad, la Venlafaxina a dosis altas (media de 346 mg; rango entre 225 y 525 mg) no demostró ningún efecto clínico o estadísticamente significativo en parámetros del electrocardiograma (ECG).

(A) (The World Journal of Biological Psychiatry, 2008).

6.4 Trastornos de ansiedad en población infanto-juvenil

En cuanto al tratamiento farmacológico de los Trastornos de Ansiedad, la experiencia clínica y la literatura científica en niños y adolescentes indica que los ISRS son el tratamiento de primera línea en niños y adolescentes (B). (AACAP, 2020)

En diversos estudios se ha observado que, con la implementación de tratamiento farmacológico en esta población, existe un menor riesgo de autolesión y mayores beneficios terapéuticos (A) (The World Journal of Biological Psychiatry, 2008). Algunos estudios consideran que la combinación de ISRS con TCC es superior en el mantenimiento de la respuesta al tratamiento a largo plazo. (AACAP, 2020)

6.5 Trastornos de ansiedad en población anciana.

Los factores que deben considerarse al momento de iniciar tratamiento en las personas ancianas incluyen (D) (The World Journal of Biological Psychiatry, 2008):

- Aumento de la sensibilidad a las propiedades de los fármacos anticolinérgicos.
- Mayor riesgo de presentación de síntomas extrapiramidales.
- Mayor riesgo de hipotensión ortostática y de cambios en el ECG.
- Posibles reacciones paradójicas a las Benzodiazepinas, que incluyen depresión con o sin tendencias suicidas, fobias, agresividad, comportamiento violento y síntomas mal diagnosticados como psicosis, así como mayor riesgo de eventos adversos como caídas, deterioro cognoscitivo, accidentes automovilísticos, por lo cual solo deben ser usados como terapia coadyuvante a corto plazo. (CENETEC, 2019)

Los fármacos de primera línea recomendados son los ISRS o IRSN, son bien tolerados y tiene un adecuado perfil de seguridad en las personas mayores con TAG (A) (CENETEC, 2019).

Un análisis de pacientes mayores de 60 años a partir de una base de datos de cinco estudios controlados con placebo, controlados, indicó que la Venlafaxina es eficaz en pacientes de edad avanzada con Trastorno de Ansiedad generalizada (B) (The World Journal of Biological Psychiatry, 2008).

6.6 Trastornos de ansiedad y comorbilidad con trastornos por consumo de sustancias psicoactivas.

Las tasas de prevalencia de la comorbilidad de los Trastornos de Ansiedad y los Trastornos por Consumo de Sustancias Psicoactivas en la

población general oscilan entre el 5 y el 20 % en estudios clínicos y epidemiológicos (Center for Substance Abuse Treatment, 2006). Se recomienda priorizar el Trastorno por Consumo de Sustancias (RANZCP, 2018)

La ansiedad es un síntoma común en los trastornos por consumo de sustancias, que se produce durante la intoxicación o la abstinencia, dependiendo de la sustancia. Por lo tanto, una evaluación integral es muy importante, con el fin de determinar cómo se relacionan estos factores y la probabilidad de la existencia de un trastorno de ansiedad independiente. Idealmente, la abstinencia del consumo debe ser alcanzada para ayudar a la evaluación y al diagnóstico clínico, siendo necesaria la intervención médica para tal fin. Identificar los síntomas de ansiedad es fundamental, ya que ésta puede tener efectos negativos en la capacidad de una persona para sostenerse en el tratamiento, y predice un peor pronóstico en la dependencia a la cocaína y a los opiáceos.

Se describen a continuación la información encontrada en los estudios de farmacoterapia disponibles para Trastornos de Ansiedad por consumo de alcohol (BAP, 2012):

La ansiedad es un síntoma común en personas con uso nocivo, abuso, dependencia y abstinencia a alcohol.

El alcohol es frecuentemente usado como una forma de automedicación en algunos pacientes con Trastornos de Ansiedad, especialmente se observa su uso en pacientes diagnosticados con ansiedad social. Durante la abstinencia al consumo, la ansiedad asociada al consumo de alcohol disminuye en las primeras semanas, pero si persiste, las tasas de recaída en el consumo aumentan hasta el doble. Algunos estudios muestran que existe una mejoría del consumo de sustancias al tratar la ansiedad comórbida (B), aunque otros no han encontrado ningún efecto sobre el consumo de sustancias (B) (BAP, 2012).

El tratamiento con benzodiazepinas es

controvertido en los pacientes con dependencia a alcohol, sin embargo, el abuso no es tan amplio como muchos clínicos temen. No se encontraron diferencias significativas en el uso de benzodiazepinas entre los pacientes que tenían un trastorno por consumo de alcohol y los que no (C); y el uso de benzodiazepinas no predijo la recaída o recuperación de las personas con trastorno por consumo de alcohol (BAP, 2012).

Se ha reportado que los pacientes dependientes de alcohol que se encuentran con síntomas de abstinencia corren mayor riesgo de abuso y dependencia a benzodiazepinas; y los pacientes que tienen un trastorno grave por consumo de sustancias con un trastorno de personalidad antisocial o que cursan con abuso de varias sustancias, están en mayor riesgo de abusar de las benzodiazepinas (D). Por lo tanto, debe haber un riesgo favorable claro en la relación costo-beneficio, y tener en cuenta que las benzodiazepinas tienen un papel importante en el tratamiento de los trastornos de ansiedad y trastornos por consumo de alcohol (BAP, 2012).

Un metaanálisis mostró que la Buspirona fue efectiva para mejorar la ansiedad, pero no el consumo de alcohol (A). Una serie de estudios

que investigan el efecto de la Paroxetina en los pacientes que necesitan tratamiento para la ansiedad social y que también tenían trastorno por consumo de alcohol, encontró que la Paroxetina (hasta 60 mg/día) fue superior al placebo en la mejoría del trastorno de ansiedad social, pero no para el tratamiento del consumo de alcohol (B) (BAP, 2012).

7

7 Algoritmo de diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad.

Paciente con síntomas de ansiedad

Valoración por Psiquiatra

- Entrevista clínica y realización de historia clínica completa:
- Identificar signos y síntomas
- Indagar antecedentes
- Evaluar presencia de enfermedades orgánicas
- Detectar eventos vitales estresantes
- Utilización de instrumentos no con fin diagnóstico; se utilizan como apoyo diagnóstico, monitoreo de evolución e investigación: escala de Hamilton para Ansiedad (HARS) y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)
- Realizar diagnóstico diferencial
- Realizar diagnóstico, clasificar tipo de Trastorno de Ansiedad según CIE-10
- Sospecha de enfermedad orgánica asociada: solicitar paraclínicos específicos

Diagnóstico de Trastorno de Ansiedad

SI

NO

Evaluar:

- Edad
- Tratamiento previo
- Riesgo de abuso de medicamentos
- Riesgo suicida
- Síntomas incapacitantes
- Tolerancia
- Interacción con otros medicamentos
- Posibilidad de embarazo
- Preferencia del paciente

Manejo por Consulta Externa

Requiere Hospitalización

NO

SI

Hospitalizar

Tratamiento Psicoterapéutico:

- Intervenciones Individuales Cognitivo-Conductuales
- Intervenciones Grupales

Tratamiento Psicofarmacológico

Trastorno de Ansiedad Generalizada

- Benzodiacepinas al inicio del tratamiento y en reagudizaciones: Alprazolam, Lorazepam y Diazepam. Utilizar a corto plazo (8-12 semanas)
- ISRS
- Sí la respuesta a dosis óptimas es inadecuada o no son bien tolerados: cambiar a otro ISRS
- Sí no hay mejoría después de 8-12 semanas: cambiar a pregabalina o Venlafaxina
- Los ISRS deben retirarse de forma lenta
- En pacientes con historia de abuso a medicamentos o sustancias: No administrar Benzodiacepinas, usar: Buspirona.

Trastorno de Pánico

- Benzodiacepinas a dosis bajas: Alprazolam, Lorazepam, Clonazepam. Utilizar a corto plazo
- ISRS: Citalopram, escitalopram, fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina, sertralina o venlafaxina
- ISRS: Fluoxetina, Sertralina, Paroxetina, Fluvoxamina, Citalopram

Fobia Social

- Fobia Social Generalizada: ISRS Fluvoxamina Paroxetina, Sertralina, Venlafaxina Pregabalina.
- Fobia Social Simple: síntomas fóbicos en situaciones claramente definidas: Propranolol antes de la exposición

Fobia Específica

- No dar tratamiento psicofarmacológico

Trastorno Obsesivo Compulsivo

- Primera línea: ISRS (Fluoxetina, Fluvoxamina, Sertralina, Escitalopram)
- Segunda línea: Clomipramina, Venlafaxina, Citalopram, Mirtazapina
- No se recomienda uso de Benzodiacepinas

8

8 Bibliografía.

American Academy of Pediatrics Committee on Drugs. Transfer of drugs and other chemicals into human milk. *Pediatrics* 2001;108:776–89.

Altshuler LL, Cohen LS, Moline ML, and others. Expert Consensus Panel for Depression in Women. The Expert Consensus Guideline Series. Treatment of depression in women. *Postgrad Med* 2001;(Spec No):1–107.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5. (5ta. Ed--) Madrid: Editorial Médica Panamericana.

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.

Canadian Psychiatric Association. (2006). Clinical practice guidelines. Management of anxiety disorders. *Can J Psychiatry* , 9S-91S.

Cape J, Whittington C, Buszewicz M, Wallace P, Underwood L. Brief psychological therapies for anxiety and depression in primary care: meta-analysis and meta-regression. *BMC Med*. 2010 Jun 25; 8:38.

CENETEC. (2010). Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en el Adulto. México; Secretaría de Salud, 2010. México: Centro Nacional de Excelencia.

Center for Substance Abuse Treatment. Detoxification and Substance Abuse Treatment. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 45. DHHS Publication No. (SMA) 06-4131. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2006.

Cunnington MC. The international lamotrigine pregnancy registry update for the epilepsy foundation. *Epilepsia* 2004;45:1468.

Davies SJ, Jackson PR, Potokar J, Nutt DJ. 2004. Treatment of anxiety and depressive disorders in patients with cardiovascular disease. *Br Med J* 328:939-943.

Dieleman GC, Ferdinand RF. 2008. Pharmacotherapy for social phobia, generalised anxiety disorder and separation anxiety disorder in children and adolescents: an overview. *Tijdschr Psychiatr* 50:43-53.

Dodd S, Buist A, Norman T. Antidepressants and breast-feeding: a review of the literature. *Paediatr Drugs* 2000;2:183-92.

Einarson TR, Einarson A. Newer antidepressants in pregnancy and rates of major malformations: a meta-analysis of prospective comparative studies. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2005;14:823-7.

Ericson A, Kallen B, Wiholm B. Delivery outcome after the use of antidepressants in early pregnancy. *Eur J Clin Pharmacol* 1999;55:503-8.

Ernst C, Goldberg J. The reproductive safety profile of mood stabilizers, atypical antipsychotics, and broad-spectrum psychotropics. *J Clin Psychiatry* 2002;63 Suppl 4:42-55.

Federación mundial para la salud mental. Salud Mental en la atención primaria: mejorando los tratamientos y promoviendo la salud mental. [publicación en Internet] 2009 [citado Ene 24 2011] 46p. Disponible en: <http://www.mex.ops-ms.org/documentos/eventos/saludmental09.pdf>.

Gabbard, G. O. (2009). *Textbook of Psychotherapeutic Treatments*. Arlington: American Psychiatric Publishing, Inc.

Gentile S. Clinical utilization of atypical antipsychotics in pregnancy and lactation. *Ann Pharmacother* 2004;38:1265-71.

Gentile S. The safety of newer antidepressants in pregnancy and breastfeeding. *Drug Saf* 2005;28:137- 52.

Goldstein D, Sundell K. A review of the safety of selective serotonin reuptake inhibitors during pregnancy. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental* 1999;14:319-24.

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

Health Canada. The Health Products and Food Branch. New safety information regarding paroxetine: findings suggest increased risk over other antidepressants, of congenital malformations, following first trimester exposure to paroxetine Available: www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/medeff/advisories-avis/prof/paxil_3_hpc-cps_e.html Accessed 2005 Oct 12. Iqbal MM, Gundlapalli SP, Ryan WG, and others. Effects of antimanic mood-stabilizing drugs on fetuses, neonates, and nursing infants. *South Med J* 2001;94:304-22.

Iqbal MM, Sohhan T, Mahmud SZ. The effects of lithium, valproic acid, and carbamazepine during pregnancy and lactation. *J Toxicol Clin Toxicol* 2001;39:381-92.

- Johnson EM, Whyte E, Mulsant BH, Pollock BG, Weber E, Begley AE, et al. 2006. Cardiovascular changes associated with venlafaxine in the treatment of late-life depression. *Am J Geriatr Psychiatry* 14:796-802.
- Katz IR, Reynolds CF, Alexopoulos GS, Hackett D. 2002. Venlafaxine ER as a treatment for generalized anxiety disorder in older adults: pooled analysis of five randomized placebo- controlled clinical trials. *J Am Geriatr Soc* 50:18-25.
- Lader M, Morton S. 1991. Benzodiazepine problems. *Br J Addict* 86: 823-828.
- Lenze EJ, Mulsant BH, Shear MK, Dew MA, Miller MD, Pollock BG, et al. 2005. Efficacy and tolerability of citalopram in the treatment of late-life anxiety disorders: results from an 8-week randomized, placebo-controlled trial. *Am J Psychiatry* 162:146-150.
- Lingford-Hughes, Anne R., et al. BAP updated guidelines: evidence-based guidelines for the pharmacological management of substance abuse, harmful use, addiction and comorbidity: recommendations from BAP. *Journal of Psychopharmacology* 26.7 (2012): 899-952.
- Martínez Barrondo S, Sáiz Martínez PA, García-Portilla González M. Trastornos de ansiedad en atención primaria. *JANO [publicación en Internet]* 2008 Oct [citado 2011 ene 24] 1714: 6p.
 Disponible en: http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/0/1714/9/00090014_LR.pdf
- Martínez-Villota S., et al. Perfil Epidemiológico del ICSN de enero a diciembre de 2013. Resultados Preliminares. Bogotá, 2013. InPres.
- Mbaya P, Alam F, Ashim S, Bennett D. 2007. Cardiovascular effects of high dose venlafaxine XL in patients with major depressive disorder. *Hum Psychopharmacol* 22:129-133
- Merikangas, K.R., Angst, J., Eaton, W., Canino, G., Rubio-Stipec, M., Wacker, H., Wittchen, H.U., Andrade, L., Essau, C., Whitaker, A., Kraemer, H., Robins, L.N., and Kupfer, D.J. Comorbidity and boundaries of affective disorders with anxiety disorders and substance misuse: Results of an international task force. *The British Journal of Psychiatry (Supplement)* (30):58-67, 1996.
- Ministerio de Sanidad y consumo España. Ministerio Guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con trastornos de ansiedad en atención primaria. en Internet] 2008 [citado 2011 Ene 29] 162 p. Disponible en: <http://www.feafes.com/NR/rdonlyres/9995CFF6-A8A4-4357-85C1-3136E71CC196/22779/Guaprticaclnicatrastornosansiedadcompleta.pdf>
- Ministerio de Protección Social Colombia. (2003). Estudio nacional de salud mental Colombia 2003. [publicación en Internet] 2003 [citado Ene 24 2011] 57 p. Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/ESTUDIO%20NACIONAL%20DE%20SALUD%20MENTAL%20EN%20COLOMBIA.pdf>
- Misri S, Kostaras D, Kostaras X. The use of selective serotonin reuptake inhibitors during pregnancy and lactation: current knowledge. *Can J Psychiatry* 2000;45:285-7.
- Montgomery SA, Chalmers K, Baldinetti F, Whalen E. 2006. Efficacy and safety of pregabalin for the treatment of generalized anxiety disorder in elderly patients (Poster). 19th European College of Neuropsychopharmacology Congress. 16-20 September, Nice, France.

Newport D, Hostetter A, Arnold A, Stowe Z. The treatment of postpartum depression: minimizing infant exposures. *J Clin Psychiatry* 2002;63 Suppl 7:31–44.

Newport D, Wilcox M, Stowe Z. Antidepressants during pregnancy and lactation: defining exposure and treatment issues. *Semin Perinatol* 2001;25:177–90.

Nulman I, Rovet J, Stewart D, and others. Child development following exposure to tricyclic antidepressants or fluoxetine throughout fetal life: a prospective, controlled study. *Am J Psychiatry* 2002;159:1889–95.

O'Connor T, Heron J, Glover V. Antenatal anxiety predicts child behavioral/emotional problems independently of postnatal depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002;41:1470–7.

Organización Mundial de la salud OMS. Nations for mental health: the mental health of indigenous peoples, and international review. [libro en Internet] Ginebra: OMS; 1999. [Citado Ene 24 2011]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/WHO_MNH_NAM_99.1.pdf.

Organización Mundial de la Salud. (2003). Clasificación Internacional de Enfermedades y problemas relacionados con la salud. – 10a. revisión. v. 3. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Madrid.

Organización Mundial de la Salud OMS. Mh GAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings. [publicación en Internet] 2010 [citado 2011 Ene 24] 107 p. Disponible: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241548069_eng.pdf.

Organización Mundial de la Salud OMS. Diagnosis and management of common mental disorder in primary care. [Publicación en Internet]. 1998 [citado 2011 Ene 24]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_MSA_MNHIEAC_98.1.pdf.

Organización Mundial de la Salud OMS. Tratamiento farmacológico de los trastornos mentales en la atención primaria de salud. [libro en Internet] 2009 [citado Ene 24 2011] 66 p. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/paho/2010/9789275331132_spa.pdf.

Roose SP. 2003. Treatment of depression in patients with heart disease. *Biol Psychiatry* 54:262-268.

Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2009). Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 9th Edition. Lippincott Williams & Wilkins.

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.

Sivertz K, Kostaras X. The use of psychotropic medications in pregnancy and lactation. *B C Med J* 2005;47:135–8.

Torres MI, Facultad de medicina de UBA. Atención primaria en salud mental y participación comunitaria. [publicación en Internet] [citado Ene 24 2011] 16 p. Disponible en: <http://www.fmed.uba.ar/depto/saludmental/udmit/ssm04.pdf>.

Wisner K, Perel J, Findling R. Antidepressant treatment during breast-feeding. *Am J Psychiatry* 1996;153:1132–7.

World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP). (2008). Guidelines for the Pharmacological Treatment of Anxiety, Obsessive-Compulsive and Post-Traumatic Stress Disorders - First Revision. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 2008; 9(4): 248-312.

Conn DK, Hogan DB, Amdam L, Cassidy KL, Cordell P, Frank C, et al. Canadian guidelines on benzodiazepine receptor agonist use disorder among older adults. *Can Geriatr J*. 2020;23(1):116–22.

Walter HJ, Bukstein OG, Abright AR, Keable H, Ramtekkar U, Ripperger-Suhler J, et al. Clinical Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Anxiety Disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 2020;59(10):1107–24. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2020.05.005>

Baldwin DS, Anderson IM, Nutt DJ, Allgulander C, Bandelow B, Den Boer JA, et al. Evidence-based pharmacological treatment of anxiety disorders, post-traumatic stress disorder and obsessive-compulsive disorder: A revision of the 2005 guidelines from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol*. 2014;28(5):403–39.

Katzman MA, Bleau P, Blier P, Chokka P, Kjernisted K, Van Ameringen M, et al. Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BMC Psychiatry*. 2014;14(SUPPL.1):1–83.

Ministry of Health Singapore. Clinical Practice Guidelines: Anxiety Disorders. 2015. 16 p.

Andrews G, Bell C, Boyce P, Gale C, Lampe L, Marwat O, et al. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of panic disorder, social anxiety disorder and generalised anxiety disorder. *Aust N Z J Psychiatry* [Internet]. 2018;52(12):1109–72. Available from: <https://doi.org/10.1177/0004867418799453>

IMSS CENETEC. Diagnóstico y tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada en la persona mayor. Guía Práctica Clínica [Internet]. 2019;68. Available from: http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/499GER_0.pdf

9

9 Indicadores.

Indicador	Infra o sobrediagnóstico de Trastornos de Ansiedad
Justificación	<p>Los trastornos de ansiedad son los trastornos mentales más frecuentes en los servicios de atención primaria en el mundo (de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud), así como en nuestro país. Según el Estudio Nacional de Salud Mental en Colombia realizado en 2003, éstos son los trastornos más frecuentemente encontrados (19.3% alguna vez en la vida). En el ICSN el diagnóstico de Trastorno Ansiedad no Especificado ocupa el cuarto lugar de prevalencia entre los diez diagnósticos más frecuentes al egreso, y fue el diagnóstico más frecuente en el servicio de Consulta Programada. Este indicador permite alertar sobre una posible situación tanto de infra como de sobrediagnóstico de los Trastornos de Ansiedad.</p>
Fórmula	$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de pacientes adultos con diagnóstico de Trastorno de Ansiedad registrado}}{\text{N}^{\circ} \text{ de pacientes adultos que, según estimaciones de estudios epidemiológicos, se espera padezcan Ansiedad}} \times 100$
Descripción de términos	<p>Pacientes adultos: pacientes mayores de 18 años. Diagnóstico de Ansiedad registrado: constancia escrita del diagnóstico en la Historia Clínica del paciente de que éste padeció un episodio de Trastorno de Ansiedad en el periodo de tiempo de referencia (casos prevalentes). Historia Clínica del paciente: se considerará la información procedente de la Historia Clínica dentro del sistema electrónico. Estudios epidemiológicos: para realizar las estimaciones de casos esperados se seleccionará el estudio epidemiológico de mejor calidad disponible y que se haya realizado en poblaciones con la mayor similitud sociodemográfica. El número de pacientes esperados se obtendrá con base a estimaciones estandarizadas por edad y sexo. (Estudio Nacional de Salud Mental 2003).</p>

Tipo de indicador	Proceso
Fuente de datos	Historia Clínica del paciente.
Rango esperado	80-120% <80% Infradiagnóstico <120% Sobrediagnóstico

Indicador	Evaluación de riesgo suicida en pacientes con diagnóstico de Ansiedad
Justificación	Los trastornos de ansiedad están asociados con un aumento en el riesgo de conductas suicidas, por lo que es clave la valoración del riesgo de suicidio en la evaluación de todos los pacientes con diagnóstico de Ansiedad. Identificar el riesgo suicida es una de las principales formas de prevención.
Fórmula	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes adultos con evaluación de riesgo de suicidio, registrado en la historia clínica.}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes registrados con diagnóstico de Ansiedad}} \times 100$
Descripción de términos	<p>Pacientes adultos: pacientes mayores de 18 años.</p> <p>Diagnóstico de ansiedad registrado: constancia escrita del diagnóstico en la Historia Clínica del paciente de que éste padeció un episodio de Trastorno de Ansiedad en el periodo de tiempo de referencia (casos prevalentes).</p> <p>Historia Clínica del paciente: se considerará la información procedente de la Historia Clínica dentro del sistema electrónico.</p> <p>Evaluación del riesgo de suicidio: registro en la Historia Clínica de la valoración de riesgo estimado dentro de los datos aportados por el paciente, síntomas dentro de la enfermedad actual, antecedentes personales y familiares, y una evaluación objetiva como la escala SAD PERSONS.</p>
Tipo de indicador	Proceso
Fuente de datos	Historia Clínica del paciente.
Rango esperado	100%

Indicador	Tamizaje de consumo de sustancias psicoactivas en pacientes con trastornos de Ansiedad.
-----------	---

Justificación	Es indispensable realizar un tamizaje de consumo de sustancias psicoactivas a todo paciente que consulta por síntomas ansiosos al ICSN-Clinica Montserrat, pues el consumo de sustancias es un diagnóstico diferencial de los Trastornos de Ansiedad; así mismo, la comorbilidad psiquiátrica, en especial lo relacionado con consumo de sustancias, es un factor importante para considerar la indicación de hospitalización en pacientes con diagnóstico de Trastornos de Ansiedad; además existe mayor probabilidad de abuso de medicamentos prescritos para los Trastornos de Ansiedad, en un paciente con antecedentes de consumo y dependencia de sustancias psicoactivas; en estos pacientes, las recomendaciones de tratamiento farmacológico cambian.
Fórmula	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes con tamizaje de consumo de sustancias psicoactivas y Trastorno de ansiedad}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes con diagnóstico de Trastorno de Ansiedad}} \times 100$
Descripción de términos	<p>Evaluación del riesgo de consumo de sustancias: registro en la Historia Clínica de ingreso, y/o evoluciones, de los antecedentes toxicológicos asociados con el consumo, abuso, dependencia, abstinencia o intoxicación por sustancias psicoactivas (incluidos alcohol y tabaco).</p> <p>Diagnóstico de Trastorno de Ansiedad registrado: constancia escrita del diagnóstico en la Historia Clínica del paciente.</p> <p>Historia Clínica del paciente: se considerará la información procedente de la Historia Clínica dentro del sistema electrónico.</p>
Tipo de indicador	Proceso
Fuente de datos	Historia Clínica del paciente.
Rango esperado	100%

Indicador	Adherencia al tratamiento para los diagnósticos de Ansiedad
Justificación	Los estados críticos de ansiedad generan un gran número de consultas y de hospitalizaciones y generan gran discapacidad en los pacientes que la sufren. Los Trastornos de Ansiedad raramente remiten espontáneamente, razón por la cual una adecuada prescripción y adherencia al tratamiento permiten una resolución de los síntomas. Esto beneficia al paciente y promueve la satisfacción con el servicio.
Fórmula	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes adultos con diagnóstico de trastornos de ansiedad tratados con BZD y/o ISRS}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes adultos con diagnóstico de trastornos de ansiedad}} \times 100$

Descripción de términos	<p>Pacientes adultos: pacientes mayores de 18 años.</p> <p>Pacientes adultos con diagnóstico de Trastorno de ansiedad: constancia escrita del diagnóstico en la Historia Clínica del paciente.</p> <p>Historia Clínica del paciente: se considerará la información procedente de la Historia Clínica dentro del sistema electrónico.</p> <p>Pacientes adultos con diagnóstico de trastornos de ansiedad tratados con BZD y/o ISRS: se considera que a un paciente se le ha indicado un tratamiento con fármacos BZD + ISRS de primera línea si así consta en la Historia Clínica y se excluirán todos aquellos en los que en su Historia Clínica se especifiquen las condiciones para el uso de otros medicamentos.</p>
Tipo de indicador	Proceso
Fuente de datos	Historia Clínica del paciente.
Rango esperado	100%
Indicador	Adherencia al tratamiento de mantenimiento en Trastornos de Ansiedad
Justificación	Algunos tratamientos psicoterapéuticos han demostrado tener un papel relevante en el tratamiento de mantenimiento de los trastornos de Ansiedad. Este indicador permite monitorizar el grado de cobertura del tratamiento psicoterapéutico en trastornos de Ansiedad en la consulta programada.
Fórmula	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes adultos con diagnóstico de Trastorno de ansiedad que son tratados con psicoterapia breve}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes adultos con diagnóstico de trastorno de ansiedad}} \times 100$
Descripción de términos	<p>Pacientes tratados con psicoterapia: aquellos que reciben cualquiera de los tratamientos psicoterapéuticos validados.</p> <p>Psicoterapia breve: tratamiento psicoterapéutico que no excede de 6-8 sesiones, durante 10 a 12 semanas.</p> <p>Pacientes adultos: se consideran los pacientes mayores de 18 años, con diagnóstico registrado de Trastorno de ansiedad e inicio de la indicación de tratamiento psicoterapéutico durante el periodo de tiempo de referencia.</p> <p>Diagnóstico de Trastorno de Ansiedad registrado: constancia escrita en la Historia Clínica del paciente de que se realizó un diagnóstico nuevo de trastorno de ansiedad en el periodo de tiempo de referencia. También se contabilizarán los nuevos episodios en pacientes con antecedentes previos de ansiedad.</p> <p>Historia Clínica del paciente: se considerará la información procedente de la Historia Clínica en el sistema electrónico.</p> <p>Indicación de tratamiento: se incluirán todas las nuevas indicaciones de tratamiento psicoterapéutico realizadas durante el periodo de tiempo de referencia.</p>
Tipo de indicador	Proceso
Fuente de datos	Historia Clínica del paciente.
Rango esperado	>90%

10

10 Anexos

10.1 Diferencias entre ansiedad normal y ansiedad 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.

Fuente: Guía de Práctica Clínica: diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad en el adulto; México; Secretaría de Salud; 2010.

10.2 Cuestionario de síntomas Self-Reporting Questionnaire (SRQ)

	SI	NO
1. ¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?		
2. ¿Tiene mal apetito?		
3. ¿Duerme mal?		
4. ¿Se asusta con facilidad?		
5. ¿Sufre de temblor de manos?		
6. ¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?		
7. ¿Sufre de mala digestión?		
8. ¿No puede pensar con claridad?		
9. ¿Se siente triste?		
10. ¿Llora usted con mucha frecuencia?		
11. ¿Tiene dificultad en disfrutar sus actividades diarias?		
12. ¿Tiene dificultad para tomar decisiones?		
13. ¿Tiene dificultad en hacer su trabajo? (¿Sufre usted con su trabajo?)		
14. ¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?		
15. ¿Ha perdido interés en las cosas?		
16. ¿Siente que usted es una persona inútil?		
17. ¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?		
18. ¿Se siente cansado todo el tiempo?		
19. ¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?		

20. ¿Se cansa con facilidad?		
21. ¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?		
22. ¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?		
23. ¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?		
24. ¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?		
25. ¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		

Determinación de la puntuación:

Se suman las respuestas afirmativas:

- a) Si la suma es 11 o más, de la pregunta número 1 a la 20 ó
- b) Si alguna de las preguntas 21 a 25 se responde afirmativamente (Sí) Se debe hacer evaluación por el psiquiatra.

Además, si el comportamiento de una persona entrevistada parece evidentemente raro o extraño (ejemplo: suspicaz, logorreica, afecto triste y/o lábil) debe tener también una evaluación, independientemente de las respuestas que se hayan dado en el cuestionario.

10.3 Cuestionario incluido en el CIE 10 para ansiedad

¿Durante el último mes ha tenido cualquiera de las siguientes quejas la mayoría del tiempo?

- I. ¿Se ha venido sintiendo tenso o ansioso?
- II. ¿Ha estado usted muy preocupado acerca de cosas?

Si contesta SÍ a alguna de las preguntas anteriores continúe con las siguientes:

1. Ha experimentado en el último mes:
 - a. ¿Miedo a morir?
 - b. ¿Miedo a perder el control (descontrolarse)?
 - c. ¿Palpitaciones?
 - d. ¿Sudoración?
 - e. ¿Temblor?
 - f. ¿Opresión en el pecho y dificultad para respirar?
 - g. ¿Mareo, sensación de desmayo?
 - h. ¿Sensación de hormigueo o adormecimiento de partes del cuerpo?
 - i. ¿Sentimientos de desrealización? (ver el mundo como si fuera un sueño o una película)

j. ¿Nauseas?

2. Ha experimentado estos síntomas cuando:

- a. ¿Va a lugares desconocidos?
- b. ¿Viaja sólo (por ejemplo, en transporte público)?
- c. ¿Se encuentra en multitudes/lugares cerrados/lugares públicos?
- d. ¿Está en un ascensor?

3. Miedo/ Ansiedad en situaciones sociales:

- a. ¿Hablar en público?
- b. ¿Eventos sociales?
- c. ¿Comer delante de otras personas?
- d. ¿Preocupación/tensión/sentimientos de temor?

i. **Durante el último mes se ha visto limitado en una o más de las siguientes áreas de su vida la mayoría del tiempo:**

- a. ¿Autocuidado (bañarse, vestirse, comer)?
- b. ¿Relaciones familiares (con el cónyuge, hijos, familiares)?
- c. ¿Ir a trabajar o a estudiar?
- d. ¿Hacer las labores domésticas?
- e. ¿Asistir a actividades sociales (verse con amigos, aficiones)?
- f. ¿Recordar cosas (problemas de memoria)?

ii. **Debido a estos problemas durante el último mes:**

- a. ¿Cuántos días fue usted incapaz de llevar a cabo sus labores diarias?
- b. ¿Cuántos días pasó en cama para descansar?

Sí I o II son positivos, pero 1, 2 y 3 son negativos indica **Ansiedad Generalizada**.

Sí I es afirmativo y 1 son positivos indica **Trastorno de Pánico**.

Sí I y 2 son afirmativos indica **Agorafobia**.

Sí I y 3 son afirmativos indica **Fobia Social**.

En todos los casos anteriores la persona debe ser valorada por el psiquiatra.

10.4. Diagnóstico diferencial

<p>Condiciones Médicas</p>	<p>Causales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Climaterio • Hipertiroidismo • Hiperparatiroidismo • Hiper o hipoglicemia • Feocromocitoma <p>No Causales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Angina de pecho • Post infarto de miocardio • Insuficiencia cardiaca congestiva • Arritmias cardiacas • Diabetes Mellitus • Asma bronquial • Enfermedad pulmonar obstructiva crónica • Neumonía • Hipocondriasis • Epilepsia del lóbulo temporal • Migraña • Úlcera péptica • Síndrome de colon irritable • Síndrome de fatiga crónica • Cáncer
<p>Medicamentos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Antigripales: Efedrina, Pseudoefedrina, Antihistamínicos. • Broncodilatadores: Salbutamol, Fenoterol, Formoterol, Aminofilina, Teofilina. • Hormona tiroidea • Corticosteroides • Insulina • Penicilinas • Antidepresivos: en primeras dos semanas de tratamiento • Medicamentos estimulantes: Metilfenidato, Atomoxetina, modafinilo.
<p>Sustancias Psicoactivas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Alcohol • Nicotina • Cafeína • Cocaína • Anfetaminas • Meta-anfetaminas • Marihuana • Inhalantes • Abstinencia de sustancias, especialmente alcohol, opioides, ansiolíticos

10.5. Criterios diagnósticos CIE 10 para trastornos de ansiedad

F40. TRASTORNOS DE ANSIEDAD FÓBICA

F40.0 Criterios para el diagnóstico de agorafobia

Nota: No se registra la agorafobia en un código aislado. Codificar el diagnóstico del trastorno específico en que aparece la agorafobia (p. ej., F40.01 Trastorno de angustia con agorafobia o F40.00 Agorafobia sin historia de trastorno de angustia).

A. Aparición de ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso) o donde, en el caso de aparecer una crisis de angustia inesperada o más o menos relacionada con una situación, o bien síntomas similares a la angustia, puede no disponerse de ayuda. Los temores agorafóbicos suelen estar relacionados con un conjunto de situaciones características, entre las que se incluyen estar solo fuera de casa; mezclarse con la gente o hacer cola; pasar por un puente, o viajar en autobús, tren o automóvil.

Nota: Considerar el diagnóstico de fobia específica si el comportamiento de evitación se limita a una o pocas situaciones específicas, o de fobia social si tan sólo se relaciona con acontecimientos de carácter social.

B. Estas situaciones se evitan (p. ej., se limita el número de viajes), se resisten a costa de un malestar o ansiedad significativos por temor a que aparezca una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia, o se hace indispensable la presencia de un conocido para soportarlas.

C. Esta ansiedad o comportamiento de evitación no puede explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental como fobia social (p. ej., evitación limitada a situaciones sociales por miedo a ruborizarse), fobia específica (p. ej., evitación limitada a situaciones aisladas como los ascensores), trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., evitación de todo lo que pueda ensuciar en un individuo con ideas obsesivas de contaminación), trastorno por estrés posttraumático (p. ej., evitación de estímulos relacionados con una situación altamente estresante o traumática) o trastorno de ansiedad por separación (p. ej., evitación de abandonar el hogar o la familia).

F40.00 Criterios para el diagnóstico de Agorafobia sin historia de trastorno de angustia

A. Aparición de agorafobia en relación con el temor de desarrollar síntomas similares a la angustia (p. ej., mareos o diarrea).

B. Nunca se han cumplido los criterios diagnósticos del trastorno de angustia.

C. El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

D. Si el individuo presenta una enfermedad médica, el temor descrito en el Criterio A es claramente excesivo en comparación con el habitualmente asociado a la enfermedad médica.

F40.01 Criterios para el diagnóstico de Trastorno de angustia con agorafobia

A. Se cumplen 1 y 2

1. Crisis de angustia inesperadas recidivantes

2. Al menos una de las crisis se ha seguido durante 1 mes (o más) de uno (o más) de los siguientes síntomas:

(a) Inquietud persistente por la posibilidad de tener más crisis

(b) preocupación por las implicaciones de la crisis o sus consecuencias (por ej., perder el control, sufrir un infarto de miocardio, "volverse loco")

(c) cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis

B. Presencia de agorafobia.

C. Las crisis de angustia no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o una enfermedad médica (p. ej. hipertiroidismo).

D. Las crisis de angustia no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, como por ejemplo fobia social (p. ej., aparecen al exponerse a situaciones sociales temidas), fobia específica (p. ej., el exponerse a situaciones fóbicas específicas), trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., al exponerse a la suciedad cuando la obsesión versa sobre el tema de la contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. ej., en respuesta a estímulos asociados a situaciones altamente estresantes), o trastorno por ansiedad por separación (p. ej., al estar lejos de casa o de los seres queridos).

F40.1 Criterios para el diagnóstico de Fobia social

A. Temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás. El individuo teme actuar de un modo (o mostrar síntomas de ansiedad) que sea humillante o embarazoso. Nota: En los niños es necesario haber demostrado que sus capacidades para relacionarse socialmente con sus familiares son normales y han existido siempre, y que la ansiedad social aparece en las reuniones con individuos de su misma edad y no sólo en cualquier interrelación con un adulto.

B. La exposición a las situaciones sociales temidas provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación. Nota: En los niños la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición o retraimiento en situaciones sociales donde los asistentes no pertenecen al marco familiar.

C. El individuo reconoce que este temor es excesivo o irracional. Nota: En los niños puede faltar este reconocimiento.

D. Las situaciones sociales o actuaciones en público temidas se evitan o bien se experimentan con ansiedad o malestar intensos.

E. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar que aparece en la(s) situación(es) social(es) o actuación(es) en público temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal del individuo, con sus relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien producen un malestar clínicamente significativo.

F. En los individuos menores de 18 años la duración del cuadro sintomático debe prolongarse como mínimo 6 meses.

G. El miedo o el comportamiento de evitación no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica y no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental

(p. ej., trastorno de angustia con o sin agorafobia, trastorno de ansiedad por separación, trastorno dismórfico corporal, un trastorno generalizado del desarrollo o trastorno esquizoide de la personalidad).

H. Si hay una enfermedad médica u otro trastorno mental, el temor descrito en el Criterio A no se relaciona con estos procesos (p. ej., el miedo no es debido a la tartamudez, a los temblores de la enfermedad de Parkinson o a la exhibición de conductas alimentarias anormales en la anorexia nerviosa o en la bulimia nerviosa).

Especificar si:

Generalizada: si los temores hacen referencia a la mayoría de las situaciones sociales (considerar también el diagnóstico adicional de trastorno de la personalidad por evitación)

F40.2 Criterios para el diagnóstico de Fobia específica

A. Temor acusado y persistente que es excesivo o irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos (p. ej., volar, precipicios, animales, administración de inyecciones, visión de sangre).

B. La exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación determinada. Nota: En los niños la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición o abrazos.

C. La persona reconoce que este miedo es excesivo o irracional. Nota: En los niños este reconocimiento puede faltar.

D. La(s) situación(es) fóbica(s) se evitan o se soportan a costa de una intensa ansiedad o malestar.

E. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar provocado por la(s) situación(es) temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal de la persona, con las relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien provocan un malestar clínicamente significativo.

F. En los menores de 18 años la duración de estos síntomas debe haber sido de 6 meses como mínimo.

G. La ansiedad, las crisis de angustia o los comportamientos de evitación fóbica asociados a objetos o situaciones específicos no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, por ejemplo, un trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., miedo a la suciedad en un individuo con ideas obsesivas de contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. ej., evitación de estímulos relacionados con un acontecimiento altamente estresante), trastorno de ansiedad por separación (p. ej., evitación de ir a la escuela), fobia social (p. ej., evitación de situaciones sociales por miedo a que resulten embarazosas), trastorno de angustia con agorafobia, o agorafobia sin historia de trastorno de angustia.

Especificar tipo:

Tipo animal

Tipo ambiental (p. ej., alturas, tormentas, agua)

Tipo sangre-inyecciones-daño

Tipo situacional (p. ej., aviones, ascensores, recintos cerrados)

Otros tipos (p. ej., evitación fóbica de situaciones que pueden provocar atragantamiento, vómito o adquisición de una enfermedad; en los niños, evitación de sonidos intensos o personas disfrazadas).

F41 OTROS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

F41.0 Criterios para el diagnóstico de Trastorno de pánico (sin agorafobia)

A. Se cumplen 1 y 2:

1. Crisis de angustia inesperadas recidivantes.

2. Al menos una de las crisis se ha seguido durante 1 mes (o más) de uno (o más) de los siguientes sin tomas:

(a) Inquietud persistente ante la posibilidad de tener más crisis.

(b) Preocupación por las implicaciones de la crisis o sus consecuencias (por ej., perder el control, sufrir un infarto de miocardio, "volverse loco")

(c) Cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis.

B. Ausencia de agorafobia.

C. Las crisis de angustia no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).

D. Las crisis de angustia no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, como por ejemplo fobia social (p. ej., aparecen al exponerse a situaciones sociales temidas), fobia específica (p. ej., el exponerse a situaciones fóbicas específicas), trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., al exponerse a la suciedad cuando la obsesión versa sobre el tema de la contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. ej., en respuesta a estímulos asociados a situaciones altamente estresantes), o trastorno por ansiedad de separación (p. ej., al estar lejos de casa o de los seres queridos).

Criterios para el diagnóstico de crisis de angustia (ataque de pánico)

Aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de cuatro (o más) de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 min:

1. Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca
2. Sudoración
3. Temblores o sacudidas
4. Sensación de ahogo o falta de aliento
5. Sensación de atragantarse
6. Opresión o malestar torácico
7. Náuseas o molestias abdominales
8. Inestabilidad, mareo o desmayo
9. Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo)
10. Miedo a perder el control o volverse loco
11. Miedo a morir
12. Parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo)
13. Escalofríos o sofocaciones

Nota: No se registran las crisis de angustia en un código aislado. Codificar el diagnóstico del trastorno específico en que aparecen las crisis de angustia (p. ej., F40.01 Trastorno de angustia con agorafobia)

F41.1 Criterios para el diagnóstico de Trastorno de ansiedad generalizada

A. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses.

B. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.

C. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses). Nota: En los niños sólo se requiere uno de estos síntomas:

1. Inquietud o impaciencia
2. Fatigabilidad fácil
3. Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco
4. Irritabilidad
5. Tensión muscular
6. Alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador)

D. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.

E. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

F. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

F42 TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

F42.8 Criterios para el diagnóstico de Trastorno obsesivo-compulsivo

A. Se cumple para las obsesiones y las compulsiones:

Las obsesiones se definen por 1, 2, 3 y 4:

1. Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusos e inapropiados, y causan ansiedad o malestar significativos.
2. Los pensamientos, impulsos o imágenes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real.
3. La persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o bien intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos la persona reconoce que estos pensamientos, impulsos o imágenes obsesivos son el producto de su mente (y no vienen impuestos como en la inserción del pensamiento).

Las compulsiones se definen por 1 y 2

1. Comportamientos (p. ej., lavado de manos, puesta en orden de objetos, comprobaciones) o actos mentales (p. ej., rezar, contar o repetir palabras en silencio) de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente el objetivo de estos comportamientos u operaciones mentales es la prevención o reducción del malestar o la prevención de algún acontecimiento o situación negativos; sin embargo, estos comportamientos u operaciones mentales o bien no están conectados de forma realista con aquello que pretenden neutralizar o prevenir o bien resultan claramente excesivos.

B. En algún momento del curso del trastorno la persona ha reconocido que estas obsesiones o compulsiones resultan excesivas o irracionales. Nota: Este punto no es aplicable en los niños.

C. Las obsesiones o compulsiones provocan un malestar clínico significativo, representan una pérdida de tiempo (suponen más de 1 hora al día) o interfieren marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales (o académicas) o su vida social.

D. Si hay otro trastorno, el contenido de las obsesiones o compulsiones no se limita a él (p. ej., preocupaciones por la comida en un trastorno alimentario, arranque de cabellos en la tricotilomanía, inquietud por la propia apariencia en el trastorno dismórfico corporal, preocupación por las drogas en un trastorno por consumo de sustancias, preocupación por estar padeciendo una grave enfermedad en la hipocondría, preocupación por las necesidades o fantasías sexuales en una parafilia o sentimientos repetitivos de culpabilidad en el trastorno depresivo mayor).

E. El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

Especificar si:

Con poca conciencia de enfermedad: si, durante la mayor parte del tiempo del episodio actual, el individuo no reconoce que las obsesiones o compulsiones son excesivas o irracionales.

F06.4 Criterios para el diagnóstico de Trastorno de ansiedad debido a... (indicar enfermedad médica)

A. La ansiedad prominente, las crisis de angustia o las obsesiones o compulsiones predominan en el cuadro clínico.

B. A partir de la historia clínica, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio se demuestra que las alteraciones son la consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica.

C. Estas alteraciones no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno adaptativo con ansiedad en el que el agente estresante es una enfermedad médica grave).

D. Estas alteraciones no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium.

E. Estas alteraciones provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

Con ansiedad generalizada: cuando predomina una ansiedad o preocupación excesivas centradas en múltiples acontecimientos o actividades

Con crisis de angustia: cuando predominan las crisis de angustia.

Con síntomas obsesivo-compulsivos: cuando predominan las obsesiones o las compulsiones en la presentación clínica.

Nota de codificación: Incluir el nombre de la enfermedad médica en el Eje I, por ejemplo, F06.4 Trastorno de ansiedad debido a feocromocitoma, con ansiedad generalizada [293.89]; codificar también la enfermedad médica en el Eje III.

F1X Criterios para el diagnóstico de Trastorno de ansiedad inducido por sustancias (incluyendo medicación)

B. A partir de la historia clínica, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio se demuestra que 1 o 2:

1. Los síntomas del Criterio A aparecen durante la intoxicación o abstinencia o en el primer mes siguiente.
2. El consumo del medicamento está relacionado etiológicamente con la alteración.

C. La alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno de ansiedad no inducido por sustancias. Entre las pruebas que demuestran que los síntomas pueden atribuirse más correctamente a un trastorno de ansiedad no inducido por sustancias se incluyen las siguientes: la aparición de los síntomas precede al consumo de la sustancia (o medicamento); los síntomas persisten durante un tiempo considerable (p. ej., alrededor de 1 mes) después del final del período agudo de intoxicación o de abstinencia, o son claramente excesivos en comparación con los que cabría esperar teniendo en cuenta el tipo o la cantidad de sustancia consumida o la duración de este consumo; o existen otras pruebas que sugieren la existencia de un trastorno de ansiedad independiente no inducido por sustancias (p. ej., una historia de episodios de carácter recidivante no relacionados con sustancias).

D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.

E. La alteración provoca un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Nota: Sólo debe efectuarse este diagnóstico en vez del de intoxicación o abstinencia cuando los síntomas de ansiedad son claramente excesivos en comparación con los que cabría esperar en una intoxicación o una abstinencia y cuando son de suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente.

Código para el trastorno de ansiedad inducido por (sustancia específica)

F10.8 Alcohol [291.8]

F16.8 Alucinógenos [292.89]

F15.8 Anfetamina (o sustancias similares) [292.89]

F15.8 Cafeína [292.89]

F12.8 Cannabis [292.89]

F14.8 Cocaína [292.89]

F19.8 Fenciclidina (o derivados) [292.89]

F18.8 Inhalantes [292.89]

F13.8 Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos [292.89]

F19.8 Otras sustancias (o desconocidas) [292.89]

una abstinencia y cuando son de suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente.

Especificar si:

Con ansiedad generalizada: si predominan una ansiedad o una preocupación excesivas, centradas en múltiples acontecimientos o actividades

Con crisis de angustia: si predominan las crisis de angustia.

Con síntomas obsesivo-compulsivos: si predominan las obsesiones o las compulsiones.

Con síntomas fóbicos: si predominan síntomas de carácter fóbico.

Especificar si:

De inicio durante la intoxicación: si se cumplen los criterios diagnósticos de intoxicación por una sustancia y los síntomas aparecen durante el síndrome de intoxicación.

De inicio durante la abstinencia: si se cumplen los criterios diagnósticos de síndrome de abstinencia de una sustancia y los síntomas aparecen durante o poco después de la abstinencia.

10.6. Escala de Hamilton para ansiedad (HARS)

Instrucciones:

- Seleccione para cada ítem la puntuación que corresponda, según su experiencia.
- Las manifestaciones que siguen al enunciado del ítem son ejemplos que sirven de guía.
- Marque en el casillero situado a la derecha la cifra que defina mejor la intensidad de cada síntoma en el paciente. Todos los ítems deben ser puntuados.

Síntoma	Tipo de ansiedad	Manifestaciones	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave/ incapacitante
			0	1	2	3	4
1.Estado de ánimo ansioso	Ansiedad Psíquica	Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa, irritabilidad).					
2. Tensión	Ansiedad Psíquica	Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.					
3. Miedos	Ansiedad Psíquica	A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.					
4. Insomnio	Ansiedad Psíquica	Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.					
4. Insomnio	Ansiedad Psíquica	Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.					
5. Funciones intelectuales (cognoscitivas)	Ansiedad Psíquica	Dificultad para concentrarse, mala memoria.					
6. Estado de ánimo depresivo	Ansiedad Psíquica	Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.					

7. Síntomas somáticos generales (musculares)	Ansiedad Somática	Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.					
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales)	Ansiedad Somática	Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormiguelo.					
9. Síntomas cardiovasculares	Ansiedad Somática	Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.					
10. Síntomas respiratorios	Ansiedad Somática	Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.					
11. Síntomas gastrointestinales	Ansiedad Somática	Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborismos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.					
12. Síntomas genitourinarios	Ansiedad Somática	Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.					
13. Síntomas del sistema nervioso vegetativo	Ansiedad Somática	Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, pilo erección (pelos de punta).					

14. Comportamiento agitado durante la entrevista	Ansiedad Psíquica	<p>Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial.</p> <p>Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.</p>					
--	-------------------	--	--	--	--	--	--

Fuente: Modificado de Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en el Adulto. México; Secretaría de Salud, 2010.

No existen puntos de corte para distinguir población con y sin trastorno de ansiedad. La puntuación puede ser de 0 a 56 puntos. El resultado debe interpretarse cualitativamente en términos de intensidad de la ansiedad, discriminando la ansiedad física de la psíquica.

- Puntuación de 0 a 5: ausencia o remisión de la ansiedad.
- Puntuación de 6 a 14: ansiedad leve.
- Puntuación mayor o igual a 15: ansiedad moderada/grave (requiere tratamiento).

10.7. 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 la respuesta en cada uno de los 21 ítems.

	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				

Fuente: Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en el Adulto. México; Secretaría de Salud, 2010.

No existe punto de corte aceptado para distinguir entre población normal y ansiedad. La puntuación promedio en individuos sin ansiedad es de 15,8 y en pacientes con ansiedad es de 25,7.

10.8. Signos y síntomas en trastornos de ansiedad.

Físicos	Psicológicos
<ul style="list-style-type: none">• Aumento de la tensión muscular• Vértigo• Sensación de embotamiento• Diaforesis• Alteraciones de la tensión arterial (aumento)• Taquicardia• Midriasis• Lipotimias• Disnea• Parestesias• Temblor• Alteraciones gastrointestinales (como diarrea)• Aumento de la frecuencia y urgencia urinaria	<ul style="list-style-type: none">• Intranquilidad, Desasosiego• Inquietud• Sensación de angustia• Preocupación excesiva y desproporcionada• Miedos irracionales• Ideas catastróficas• Deseo de huir, “ganas de salir corriendo”• Temor a perder la razón o el control• Sensación de muerte inminente

10.9. Valoración del riesgo suicida.

1. Preguntar si tiene:

- Pensamientos de muerte o de suicidio o ideas de desesperanza; por ejemplo, si siente que la vida no vale la pena vivirla.
- Si ha tenido intentos suicidas previamente.

2. Si la respuesta es “Sí” pregunte:

- ¿Hace cuánto tiempo ha pensado sobre el suicidio?
- ¿Ha pensado en algún método?
- ¿Tiene acceso al material requerido para suicidarse?
- ¿Se ha despedido de alguien o ha pedido disculpas escribiendo una nota o le ha dejado sus pertenencias a alguien?
- ¿Qué condiciones específicas precipitarían el suicidio?
- ¿Qué detendría el suicidio?

3. Identifique factores de riesgo para suicidio:

- Hombres
- Mayores de 60 años
- Ser soltero o vivir solo
- Intentos de suicidio previos
- Historia familiar de suicidio
- Historia familiar y personal de abuso de sustancias (alcohol principalmente)
- Desesperanza
- Psicosis
- Enfermedades crónicas, terminales, invalidantes y dolorosas
- Impulsividad
- Pobre capacidad para manejo del estrés

4. Considerar urgencia psiquiátrica si hay:

- Intento de suicidio actual
- Ideas persistentes de suicidio
- Historia previa de intento de suicidio
- Plan suicida actual
- Varios factores de riesgo para suicidio

10.10. Escala SAD-Persons

Instrucciones:

- La Escala de Indicadores de Riesgo de Suicidio tiene que ser heteroaplicada.
- Los ítems tienen que ser complementados por el psiquiatra durante una entrevista semiestructurada.
- Elija y ponga una cruz en la alternativa de respuesta que mejor describa la situación y experiencia del paciente.

Físicos	SI	NO
S: Sexo masculino		
A: Edad (Age) < 20 o > 45 años		
D: Depresión		
P: Tentativa suicida previa		
E: Abuso de alcohol		
R: Falta de pensamiento racional (psicosis o trastornos cognitivos)		
S: Carencia de apoyo social		
O: Plan organizado de suicidio		
N. No pareja o cónyuge		
S: Enfermedad somática		
Puntuación		

Patterson, W.M.; Dohn, H.H. y otros (1983). Evaluation of suicidal patients. Psychosomatics).

Puntuación:

- De 0 a 2: Alta médica al domicilio con seguimiento ambulatorio.
- De 3 a 4: Seguimiento ambulatorio intensivo, considerar ingreso hospitalario.
- De 5 a 6: Recomendada hospitalización, sobre todo si hay ausencia de apoyo social.
- De 7 a 10: Ingreso hospitalario obligado, incluso en contra de su voluntad.

10.11. Tabla de medicamentos para los trastornos de ansiedad.

Principio Activo	Dosis recomendada	Grupo de medicamento	Fase de utilización
Alprazolam	2-4mg / día Iniciar con 2mg y manejar dosis Respuesta	Benzodiacepinas	Fase aguda
Bromazepam	6-12mg / día Iniciar con 6mg y manejar dosis Respuesta	Benzodiacepinas	Fase aguda
Bupropion XL (liberación extendida)	150-300mg / día Iniciar con 150mg e incrementar a 300mg el día 4. Llegar hasta 450mg después de 4 semanas sin adecuada respuesta	Antidepresivos, Inhibidor de la recaptación de noradrenalina y dopamina	Fase de mantenimiento
Buspirona (Registro INVIMA hasta el 2017. En Colombia se cuenta con presentaciones de 5 y 10 mg)	10-30mg / día Iniciar con 10-15mg cada 8-12 horas e incrementar 5mg cada 2-3 días. Inicio acción: a las 2 semanas	Azapironas, agonista parcial 5-HT _{1A}	Fase aguda
Citalopram	20-60mg / día Iniciar con 20 mg e incrementar 20 mg cada 5 días (de acuerdo con respuesta)	Antidepresivos ISRS	Fase de mantenimiento
Clonazepam	2-6mg / día Iniciar con 2mg y manejar dosis Respuesta	Benzodiacepinas	Fase aguda
Clomipramina	150-250mg / día Iniciar con 50mg e incrementar de 25- 50mg cada 5 días	Antidepresivos tricíclicos	Fase de mantenimiento

Diazepam	5-20mg / día Iniciar con 2 a 10mg, 2 a 4 veces al día, aumentando de acuerdo con respuesta	Benzodiacepinas	Fase aguda
Escitalopram	10-20mg / día Iniciar con 10mg e incrementar cada 5 días (de acuerdo con respuesta)	Antidepresivos ISRS	Fase de mantenimiento
Fluoxetina	20-80mg / día Iniciar con 20mg e incrementar 20mg cada 5 días (de acuerdo con respuesta)	Antidepresivos ISRS	Fase de mantenimiento
Fluvoxamina	100-300mg / día Iniciar con 100mg e incrementar 100mg cada 5 días (de acuerdo con respuesta)	Antidepresivos ISRS	Fase de mantenimiento
Hidroxicina	50-100 mg vía oral dividido cada 6 horas 50-100 mg vía intramuscular dividido cada 4-6 horas	Difenilpiperazinas Antagonistas receptor H1	Fase aguda
Mirtazapina	Iniciar 15 mg vía oral Aumentar cada 1-2 semanas. No exceder de 60 mg día	Antidepresivos tetracíclicos	Fase de mantenimiento
Imipramina	150-250mg / día Iniciar con 50mg e incrementar 25- 50mg cada 5 días	Antidepresivos tricíclicos	Fase de mantenimiento
Lorazepam	2-5mg / día Iniciar con 2mg y manejar a dosis Respuesta	Benzodiacepinas	Fase aguda
Paroxetina	20-60 mg / día Iniciar con 20mg e incrementar 20mg cada 5 días (de acuerdo con respuesta)	Antidepresivos ISRS	Fase de mantenimiento

Pregabalina	150-600mg / día Iniciar con 150mg dividido en 2 tomas e incrementar de 300-450 mg después de 1 semana	Moduladores de los canales de calcio	Fase de mantenimiento
Sertralina	100-200mg / día Iniciar con 50-100mg e incrementar 50mg cada 5 días (de acuerdo con respuesta)	Antidepresivos ISRS	Fase de mantenimiento
Venlafaxina XR (liberación prolongada)	150-225 mg / día Iniciar con 75mg e incrementar cada 5 días (de acuerdo con respuesta)	Antidepresivos, Inhibidor de la recaptación de serotonina y adrenalina	Fase de mantenimiento