



Instituto Guatemalteco  
de Seguridad Social

[16]

# **GUÍA**

## **TRASTORNO DE ANSIEDAD**

***INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL***

***UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
CENTRO DE INVESTIGACIONES DE CIENCIAS DE LA SALUD  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS***

***CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL***

***COLABORACIÓN COCHRANE  
FUNDACIÓN IHCAI***

***OPS-OMS***

**GERENCIA**

**Lic. Alfredo rolando Del Cid Pinillos**

**SUBGERENCIA DE PRESTACIONES EN SALUD**

**Dr. Carlos Enrique Martínez Dávila**

**GRUPO DE DESARROLLO: Centro de Atención Integral en Salud Mental**

Coordinador

**Dr. José Antonio Corrales Morales**, Psiquiatra Jefe de Encamamiento

**Dra. Gladys Alvarado de Ochoa**, Psiquiatra Jefa Programa de Hospital de Día

**Dr. Emigdio Enrique Mendoza Gaitán**, Psiquiatra Jefe de Consulta Externa

**Licda. Claudia Guzmán Melgar**, Química Farmacéutica Jefa de Farmacia

**Dra. Paula Méndez Bonilla**, Jefa de Residentes

**Dr. Jency Octavio Monterroso**, Médico Residente III

**Dr. Dennis Roberto Cuevas Morales**, Médico Residente II

**Dra. Marta Melissa Anleu de León**, Médica Residente II

**Licda. Consuelo Méndez Sánchez**, Enfermera Profesional

**Débora Natareno Carrascoza**, Secretaria

**REVISOR:**

**Dr. Ricardo Poggio**, Psiquiatra de Policlínica

**COMISIÓN ELABORADORA DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA  
fundamentadas en MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA:**

Coordinador

**Dr. Plinio Dardón Guzmán**, Médico Auditor, Depto. Auditoria de Servicios de Salud

**Licda. Rossina Zuchini**, Coordinadora de Unidosis

**Licda. Mónica Selman de Zepeda**, Jefa Sección Asistencia Farmacéutica

**Dr. José Fernando Ortiz Alvarado**, Jefe Sección de Epidemiología

**Dr. José María del Valle Catalán**, Asistente de Dirección SPS

**Asesores externos**

**Dr. Erwin Humberto Calgua Guerra**, Profesor Investigador CICS, F. CCMM USAC

**Dr. Luis Manuel López Dávila**, Profesor Investigador CICS, F. CCMM USAC

**Licda. Juanita Mejía de Rodríguez**, Consultora OPS/OMS

**Asesor internacional**

**Dr. Mario Tristán**, Director Fundación IHCAI, Colaboración Cochrane

## Prólogo

La Medicina Basada en Evidencia consiste en la integración de la experiencia clínica individual de los profesionales de la salud con la mejor evidencia proveniente de la investigación científica, una vez asegurada la revisión crítica y exhaustiva de esta. Sin la experiencia clínica individual, la práctica clínica rápidamente se convertiría en una tiranía, pero sin la investigación científica quedaría inmediatamente caduca. En esencia, pretende aportar más ciencia al arte de la medicina, y su objetivo consiste en contar con la mejor información científica disponible **-la evidencia-**, para aplicarla a la práctica clínica.

El nivel de Evidencia clínica es un sistema jerarquizado que valora la fortaleza o solidez de la evidencia asociada con resultados obtenidos de una intervención en salud y se aplica a las pruebas o estudios de investigación.

Tabla No. 1\*  
Niveles de evidencia:

Grado de Recomendación	Nivel de Evidencia	Fuente
A	1a	Revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorios.
	1b	Ensayo clínico aleatorio individual.
	1c	Eficacia demostrada por los estudios de práctica clínica y no por la experimentación. (All or none**)
B	2a	Revisión sistemática de estudios de cohortes.
	2b	Estudio de cohorte individual y ensayos clínicos aleatorios de baja calidad.
	2c	Investigación de resultados en salud, estudios ecológicos.
	3a	Revisión sistémica de estudios caso-control, con homogeneidad.
	3b	Estudios de caso control individuales.
C	4	Series de casos, estudios de cohortes y caso-control de baja Calidad.
D	5	Opinión de expertos sin valoración crítica explícita.

\* **Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford.**

\*\***All or none (Todos o ninguno):** Se cumple cuando todos los pacientes mueren antes de que el medicamento esté disponible, pero algunos ahora sobreviven; o cuando algunos pacientes mueren antes de que el medicamento esté disponible, pero ahora ninguno muere con el medicamento.

**Los grados de recomendación** son criterios que surgen de la experiencia de expertos en conjunto con el nivel de evidencia; y determinan la calidad de una intervención y el beneficio neto en las condiciones locales.

**Tabla No.2**

Significado de los grados de recomendación

<b>Grado de Recomendación</b>	<b>Significado</b>
<b>A</b>	Extremadamente recomendable.
<b>B</b>	Recomendable favorable.
<b>C</b>	Recomendación favorable, pero no concluyente.
<b>D</b>	Corresponde a consenso de expertos, sin evidencia adecuada de investigación.
√	Indica un consejo de Buena Práctica clínica sobre el cual el Grupo de Desarrollo acuerda.

Las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA BASADAS EN LA EVIDENCIA**, son los documentos en los cuales se plasman las evidencias para ponerlas al alcance de todos los usuarios (médicos, paramédicos, pacientes, etc.). En ellas, el lector encontrará al margen izquierdo de los contenidos, el **Nivel de Evidencia**<sup>1a</sup> (en números y letras minúsculas, sobre la base de la tabla del Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford) de los resultados de los estudios los cuales sustentan el **grado de recomendación de buena práctica clínica**, que se anota en el lado derecho del texto <sup>A</sup> (siempre en letras mayúsculas sobre la base de la misma tabla del Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford) sobre los aspectos evaluados.

1a

A

Las Guías, desarrollan cada temática seleccionada, con el contenido de las mejores evidencias documentadas luego de revisiones sistemáticas exhaustivas en lo que concierne a estudios sanitarios, de diagnósticos y terapéuticas farmacológicas y otras.

La **GUÍA DE BOLSILLO** es una parte de la guía, que resume lo más relevante de la entidad con relación a 4 aspectos: 1. La definición de la entidad, 2. Como se hace el diagnóstico, 3. Su terapéutica y 4. Las recomendaciones de buenas prácticas clínicas fundamentales, originadas de la mejor evidencia

No se pretende con ésta guía describir un protocolo de atención donde todos los puntos deban estar incorporados sino mostrar un ideal para referencia y flexibilidad, establecido de acuerdo con la mejor evidencia existente.

Las Guías de Práctica Clínica Basada en Evidencia que se revisaron para la elaboración de esta guía, fueron analizadas mediante el instrumento AGREE (por las siglas en inglés de Appraisal of Guidelines, Research and Evaluation for Europe), el cual evalúa tanto la calidad de la información aportada en el documento como la propiedad de algunos aspectos de las recomendaciones, lo que permite ofrecer una valoración de los criterios de validez aceptados en lo que hoy es conocido como **“los elementos esenciales de las buenas guías”**, incluyendo credibilidad, aplicabilidad clínica, flexibilidad clínica, claridad, multidisciplinariedad del proceso, actualización programada y documentación.

El grupo de trabajo ha encontrado, a lo largo del proceso de elaboración, diversas dificultades, tanto desde el punto de vista metodológico como logístico, que no permiten todavía alcanzar todos los objetivos planteados en este instrumento AGREE. Estas dificultades parecen ser comunes a diferentes grupos de elaboración de Guías de Práctica Clínica en el mundo y afectan principalmente a los aspectos siguientes: participación activa de los pacientes, análisis de coste-efectividad, fase piloto previa a su publicación definitiva, criterios de evaluación y *auditoria*.

Por falta de información, no es sencillo hacer un análisis de costos.

El Programa de Elaboración de Guías de Práctica Clínica intenta ser una herramienta de ayuda a la hora de tomar decisiones clínicas, pero no las reemplaza. En una Guía de Práctica Clínica (GPC) no existen respuestas para todas las cuestiones que se plantean en la práctica diaria. La decisión final acerca de un particular procedimiento clínico, diagnóstico o de tratamiento dependerá de cada paciente en concreto y de las circunstancias y valores que estén en juego. De ahí, la importancia del propio juicio clínico.

Sin embargo, este programa también pretende disminuir la variabilidad de la práctica clínica y ofrecer, tanto a los profesionales de los equipos de atención primaria, como a los del nivel especializado y a los profesionales que trabajan por cuenta propia, un referente en su práctica clínica con el que poder compararse.

## INDICE DE CONTENIDO

<b>GUÍA DE BOLSILLO</b>	01
<b>1 INTRODUCCIÓN</b>	07
1.1. OBJETIVOS	09
<b>2 CONTENIDO</b>	10
2.1. TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	10
2.1.1. DEFINICION	10
2.1.2. EPIDEMIOLOGIA	11
2.2. MONOGRAFIA	12
2.2.1. Historia Clínica	12
2.2.2. Examen físico	13
2.2.3. Estudios de laboratorio y gabinete	13
2.2.4. Recomendaciones operativas	13
2.2.5. Criterios diagnósticos	14
2.2.6. Terapéutica	16
2.2.6.1. No Farmacológica	16
2.2.6.2. Farmacológica	20
Componentes de la Guía Clínica con Especificación del nivel de Evidencia y recomendación	21
<b>3 IMPLEMENTACIÓN Y ANÁLISIS DEL DESEMPEÑO</b>	23
<b>4 INFORMACIÓN PARA EL USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS</b>	25
<b>5 ANEXOS</b>	28
I Escala de Hamilton	28
II Algoritmo	31
III Abreviaturas	32
IV Bibliografía	33
V Declaración de intereses	37
VI Fecha de elaboración y revisión	37
VII Actualización	37

## **GUÍA DE BOLSILLO de TRASTORNO de ANSIEDAD**

### **TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA**

#### **a. DEFINICIÓN**

El trastorno de ansiedad generalizada es la principal categoría diagnóstica para los estados de ansiedad elevada y crónica en ausencia de un trastorno de angustia. Según el DSM-IV (Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos mentales, {Diagnostic and Statistical Manual}), su sintomatología esencial es la ansiedad persistente durante por los menos seis meses. Los síntomas de este tipo de ansiedad encajan normalmente dentro de dos categorías amplias: expectación aprensiva y síntomas físicos.

Los pacientes con un trastorno de ansiedad generalizada se preocupan constantemente por asuntos triviales, sienten temor y anticipan lo peor. La tensión muscular, la inquietud, la dificultad de concentración, el insomnio, la irritabilidad, la hipervigilancia y la fatiga son signos característicos de la ansiedad generalizada, y conforman el grupo de síntomas que aparecen en los criterios DSM-IV para diagnosticar el trastorno de ansiedad generalizada. Se han realizado numerosos estudios para precisar los síntomas físicos más distintivos y característicos de este trastorno. La diferencia entre el trastorno de ansiedad generalizada y otros estados de ansiedad se debe más a la tensión motora y la hipervigilancia que a la hiperactividad autónoma (Marten y cols., 1993; Starcevic y cols. 1994). Su característica fundamental es una ansiedad generalizada y persistente, que no se restringe ni siquiera en términos de algún fuerte predominio, a ninguna circunstancia del entorno en particular (es decir, la angustia, “flota libremente”). Los síntomas principales son variables, pero incluyen quejas de permanente nerviosidad, temblor, tensiones musculares, sudoración, atolondramiento, palpitaciones, vértigo y malestar epigástrico. A menudo los pacientes manifiestan temores de una próxima enfermedad o de un accidente, que sufrirán en breve ellos mismos o alguno de sus parientes.

#### **RECOMENDACIONES OPERATIVAS PARA EL DIAGNOSTICO:**

El diagnóstico del trastorno de ansiedad generalizada se realiza cuando un paciente experimenta un estado de ansiedad o preocupación excesiva durante un mínimo de seis meses. También deben estar presentes al menos tres de seis síntomas físicos. La ansiedad no debe ser secundaria a ningún otro trastorno psiquiátrico ni a un factor orgánico específico.

No obstante, el diagnóstico de estos trastornos no siempre es claro, ya que existen otros trastornos psiquiátricos y médicos que pueden presentarse con características semejantes a estas patologías.

Realización de historia clínica, con interrogatorio dirigido a aspectos de Salud Mental, realizar un examen físico completo, resaltando aspectos neurológicos para descartar la existencia de organicidad.



## **GUÍA DE BOLSILLO de TRASTORNO de ANSIEDAD**

- Buscar Intencionadamente los Criterios para ansiedad generalizada de acuerdo al CIE-10 y DSM-IV.
- Aplicación de la Escala de autoaplicación de Hamilton para ansiedad.
- Llevar a cabo pláticas de Fomento a la Salud Mental específicamente sobre el tema de ansiedad generalizada.

### **TERAPÉUTICA**

#### ► Farmacoterapia

Se utilizan Benzodicepinas en trastornos de ansiedad.

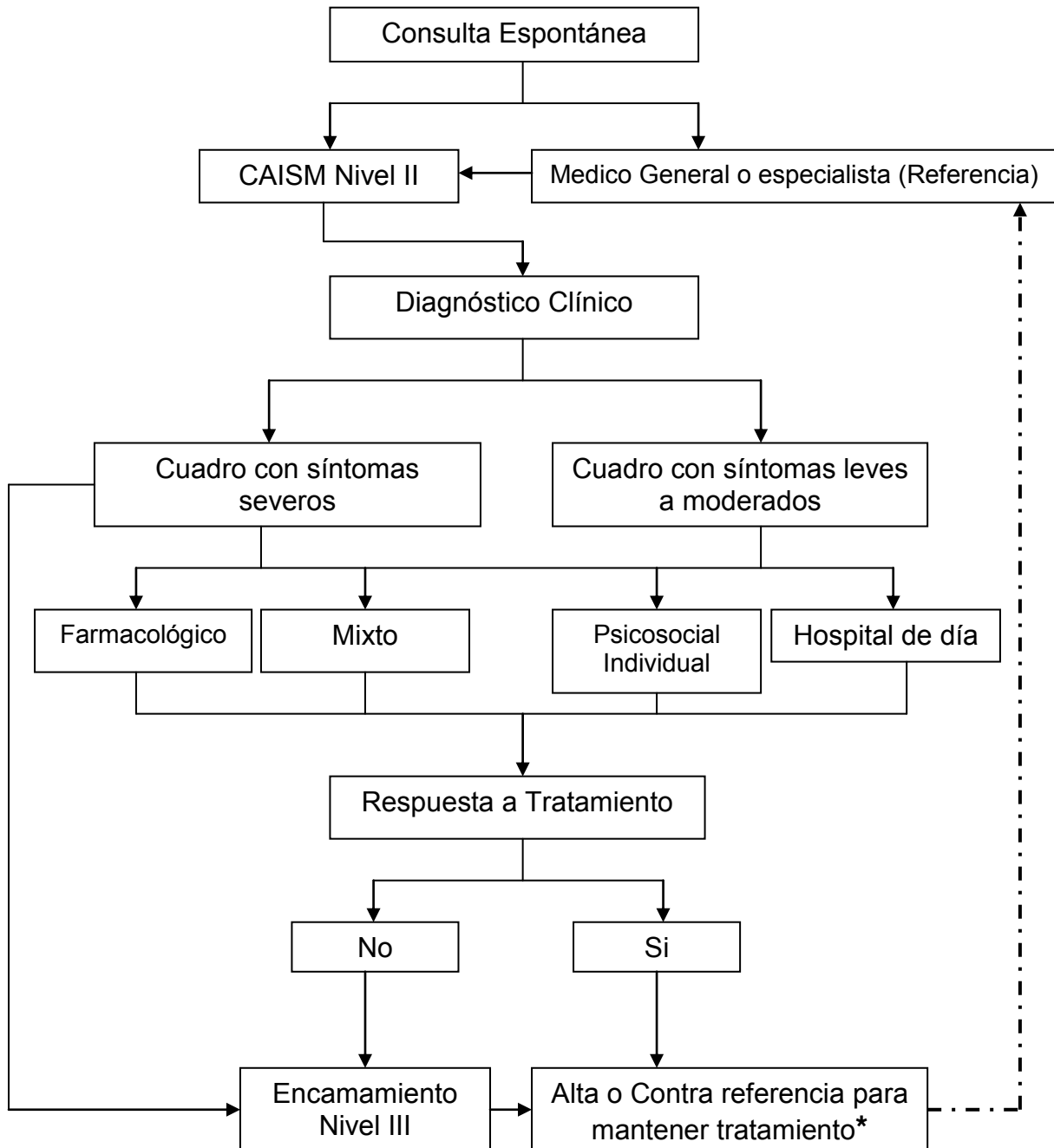
<b>Nombre genérico</b>	<b>Descripción</b>	<b>Dosis</b>
Alprazolam	Tableta de 0.5 mg	1 tableta vía oral cada 8 horas
Clonazepam	Tableta de 2 mg	1 tableta vía oral cada 24 horas
Clonazepam	Gotas 2.5 mg / ml	5-10 gotas vía cada 8 horas

Y en muchos casos en combinación con antidepresivos de efecto ansiolítico, como:

<b>Nombre Genérico</b>	<b>Descripción</b>	<b>Dosis</b>
Escitalopram	Tableta de 10 mg	1 tableta vía oral cada 24 horas
Clomipramina	Tableta de 75 mg	1 tableta vía oral cada 24 horas
Imipramina	Tableta de 25 mg	1 tableta vía oral cada 8 horas
Tianeptina	Tableta de 12.5 mg	1 tableta vía oral cada 8 horas
Venlafaxina	Tableta de 75 mg	1 tableta vía oral cada 8 horas

**GUÍA DE BOLSILLO de TRASTORNO de ANSIEDAD**  
**Tratamiento para personas con Trastorno de Ansiedad Generalizada**

**ALGORITMO**



\*En todo caso contra referido, la unidad que refirió al paciente, debe de tomar en cuenta el monitoreo periódico del mismo, ya que si se presentase aumento de la sintomatología deberá ser referido nuevamente a CAISM para tratamiento integral.

## GUÍA DE BOLSILLO de TRASTORNO de ANSIEDAD

### Escala de Hamilton para la Clasificación Ansiedad (Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS)

1. **Humor ansioso** (inquietud, espera de lo peor, aprensión [anticipación temerosa], irritabilidad) **0 1 2 3 4**
2. **Tensión** (sensación de tensión, fatigabilidad, imposibilidad de relajarse, llanto fácil, temblor, sensación de no poder quedarse en un lugar) **0 1 2 3 4**
3. **Miedos** (a la oscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo, a los animales grandes, a las multitudes, etc.) **0 1 2 3 4**
4. **Insomnio** (dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño no satisfactorio con cansancio al despertar, malos sueños, pesadillas, terrores nocturnos) **0 1 2 3 4**
5. **Funciones intelectuales** (dificultad de concentración, mala memoria) **0 1 2 3 4**
6. **Humor deprimido** (falta de interés, no disfruta con sus pasatiempos, depresión, despertar precoz, variaciones del humor a lo largo del día) **0 1 2 3 4**
7. **Síntomas somáticos generales (musculares)** (dolores y molestias musculares, rigidez muscular, sacudidas clónicas, rechinar de dientes, voz poco firme o insegura) **0 1 2 3 4**
8. **Síntomas somáticos generales (sensoriales)** (zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos o escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo) **0 1 2 3 4**
9. **Síntomas cardiovasculares** (taquicardia, palpitaciones, dolores en el pecho, latidos vasculares, extrasístoles) **0 1 2 3 4**
10. **Síntomas respiratorios** (peso en el pecho o sensación de opresión torácica, sensación de ahogo, suspiros, falta de aire) **0 1 2 3 4**
11. **Síntomas gastrointestinales** (dificultad para tragar, meteorismo, dispepsia, dolor antes o después de comer, sensación de ardor, distensión abdominal, pirosis, náuseas, vómitos, sensación de estómago vacío, cólicos abdominales, borborigmos, diarrea, estreñimiento) **0 1 2 3 4**
12. **Síntomas genitourinarios** (amenorrea, metrorragia, micciones frecuentes, urgencia de la micción, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, impotencia) **0 1 2 3 4**
13. **Síntomas del sistema nervioso autónomo** (sequedad de boca, enrojecimiento, palidez, sudoración excesiva, vértigos, cefaleas de tensión, pilo erección) **0 1 2 3 4**
14. **Comportamiento durante la entrevista**
  - General: el sujeto se muestra tenso, incómodo, agitación nerviosa de las manos, se frota los dedos, aprieta los puños, inestabilidad, postura cambiante, temblor de manos, ceño fruncido, facies tensa, aumento del tono muscular, respiración jadeante, palidez facial **0 1 2 3 4**
  - Fisiológico: traga saliva, eructa, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria superior a 20 respiraciones por minuto, reflejos tendinosos vivos, temblor, dilatación pupilar, exoftalmía, mioclonías palpebrales **0 1 2 3 4**

## **GUÍA DE BOLSILLO de TRASTORNO de ANSIEDAD**

Evalúa Intensidad de la ansiedad.

**N. ° de ítems 14.**

**Administración** Heteroaplicada.

### DESCRIPCIÓN

La HARS es una escala de estado cuyo objetivo es valorar la intensidad de la ansiedad.

- Consta de un total de 14 ítems que evalúan los aspectos psíquicos, físicos y conductuales de la ansiedad. Además un ítem evalúa específicamente el ánimo deprimido.

- Los ítems son manifestaciones inespecíficas de ansiedad, sin haber demostrado su utilidad para la evaluación de un trastorno de ansiedad en concreto.

- En el caso del trastorno de ansiedad generalizada, diversos autores prefieren utilizar como criterio de respuesta el cambio en las puntuaciones en los 2 primeros ítems (humor ansioso y tensión) que la puntuación total, ya que los 12 ítems restantes no representan adecuadamente al trastorno de ansiedad generalizada.

- El marco de referencia temporal son los últimos días (al menos los 3 últimos) en todos los ítems, excepto el último, en el que se valora la conducta del sujeto durante la entrevista.

- Es una escala heteroaplicada. Ballenger y Lewis han creado unas sencillas instrucciones para asignar las puntuaciones más adecuadas en cada paciente, con el objeto de aumentar la fiabilidad inter evaluadores. A continuación se describen brevemente (son válidas para los 13 primeros ítems):

1. Identifique de entre todos los síntomas posibles para cada ítem el más problemático en los últimos días, y que sea debido ciertamente a ansiedad.
2. Determine para ese síntoma estos 3 aspectos: su gravedad, su frecuencia de presentación y la incapacidad o disfunción que produce.

a) Gravedad:

- 1, leve, de poca importancia;
- 2, gravedad moderada y alteraciones;
- 3, alteraciones graves derivadas de los síntomas, muy molesto;
- 4, el peor síntoma que haya padecido nunca.

## **GUÍA DE BOLSILLO de TRASTORNO de ANSIEDAD**

### *b)* Tiempo/frecuencia:

- 1, ocurre con poca frecuencia durante cortos períodos de tiempo;
- 2, ocurre parte del día o menos de la mitad de los días (menos de una tercera parte del tiempo de vigilia);
- 3, ocurre gran parte del día, durante la mayoría de los días (más de una tercera parte del tiempo de vigilia);
- 4, ocurre casi todo el tiempo.

### *C)* Incapacidad/disfunción:

- 1, conciencia de los síntomas, pero sin interferir en las actividades normales;
- 2, los síntomas interfieren en alguna actividad o empeoran debido a las alteraciones;
- 3, los síntomas causan incapacidad para llevar a cabo (o interfieren gravemente) las actividades sociales, familiares o laborales;
- 4, los síntomas causan incapacidad para realizar (o llevan a evitar) actividades en 2 o más de las áreas anteriores.

3. Haga la media entre las puntuaciones de gravedad y de tiempo/frecuencia y redondee la media en función de la puntuación de incapacidad.

### **CORRECCIÓN E INTERPRETACIÓN**

- Proporciona una medida global de ansiedad, que se obtiene sumando la puntuación obtenida en cada uno de los ítems.
- Los puntos de corte recomendados son:
  - 0-5: no ansiedad.
  - 6-14: ansiedad leve.
  - 15: ansiedad moderada/grave.

# 1 INTRODUCCIÓN

El trastorno de ansiedad Generalizada es una enfermedad mental, cada vez más frecuente en las sociedades desarrolladas, que afecta a personas de todas las edades.

Por ansiedad generalizada entendemos un síndrome o agrupación de síntomas y signos, susceptibles de valoración y ordenamiento en unos criterios diagnósticos racionales y operativos. Por definición, el concepto de Ansiedad se refiere a una ansiedad excesiva, que no se ajusta a la realidad con preocupación crónica y exagerada, agitación, tensión e irritabilidad, aparentemente sin causa alguna, o más intensas de lo que sería razonable en esa situación en particular.

Se podría hablar de una afectación global de la vida psíquica, haciendo especial énfasis en la esfera neurótica.

La diferencia entre ansiedad normal y trastorno de ansiedad generalizada es la disfunción que este última provoca en la vida familiar, laboral y social de quien la padece y que es desencadenada sin causa aparente.

El trastorno de ansiedad generalizada está probablemente causado por una combinación de factores biológicos y de circunstancias vitales, puede ser detectado en la práctica clínica y es frecuente encontrar dificultad en establecer su autonomía diagnóstica respecto a otras entidades psicopatológicas. Así, por ejemplo, la comorbilidad entre trastorno de ansiedad generalizada y trastorno depresivo es alta y con diversas combinaciones sintomáticas en sus manifestaciones. También puede concurrir este trastorno con el abuso de alcohol o tóxicos, y con algunas enfermedades somáticas.

Cada año, el número de personas que padecen trastorno de ansiedad generalizada va en aumento. El costo en términos económicos es alto, pero el costo en términos de funcionalidad integral es mayor.

De los datos recopilados en el informe estadístico del Centro de Atención Integral de Salud Mental del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, observamos que en el año 2006 se atendieron 25,805 pacientes en Consulta Externa, con un total de 3,252 con diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada, siendo un 12.5 % de las patologías tratadas. El Departamento de Estadística, reporta que el trastorno de ansiedad generalizada ocupa el segundo lugar de patologías atendidas en consulta externa para el año 2007 con un total de 3,875 pacientes atendidos siendo el 16 % del total de patologías atendidas.

El trastorno de ansiedad generalizada es una enfermedad común médica y eminentemente tratable, está asociada con un deterioro social y funcional así como altos costos directos e indirectos, sobre el cuidado de la salud.

La elaboración de la guía clínica basada en la evidencia es importante para definir criterios y estrategias a seguir en los distintos niveles de atención dentro del Instituto. No se pretende abarcar el tratamiento de trastorno de ansiedad generalizada en niños y adolescentes, ya que la cobertura en nuestro medio es limitada, por lo que esta guía se podrá aplicar únicamente a personas mayores de 18 años de ambos sexos.

## **1.1. OBJETIVOS**

### **1.1.1. OBJETIVO GENERAL:**

**1.1.1.1.** Proporcionar lineamientos terapéuticos basados en la evidencia científica para el manejo del trastorno de ansiedad generalizada, siguiendo la política institucional del uso de recursos con que contamos en los distintos niveles de atención del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

### **1.1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

**1.1.2.1.** Recomendar distintas opciones de diagnóstico y tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada las cuales van dirigidas a los profesionales de atención primaria y especialistas en clínica ambulatoria.

**1.1.2.2.** Establecer los criterios de referencia y contrarreferencia del paciente con trastorno de ansiedad generalizada.

**1.1.2.3.** Proporcionar una atención optima a los afiliados utilizando los recursos clínicos y profesionales disponibles.

**1.1.2.4.** Favorecer una actitud preventiva basada en fomentar estilos de vida saludables, que conduzcan a una vida más satisfactoria y de calidad.



## 2 CONTENIDO

### 2.1. TRASTORNO ANSIEDAD GENERALIZADA

#### 2.1.1. DEFINICIÓN

El trastorno de ansiedad generalizada es la principal categoría diagnóstica para los estados de ansiedad elevada y crónica en ausencia de un trastorno de angustia. Según el **DSM-IV-TR (Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales, texto revisado)**, su sintomatología esencial es la ansiedad persistente durante por los menos seis meses. Los síntomas de este tipo de ansiedad encajan normalmente dentro de dos categorías amplias: expectación aprensiva y síntomas físicos.

Los pacientes con un trastorno de ansiedad generalizada se preocupan constantemente por asuntos triviales, sienten temor y anticipan lo peor. La tensión muscular, la inquietud, la dificultad de concentración, el insomnio, la irritabilidad, la hiper vigilancia y la fatiga son signos característicos de la ansiedad generalizada, y conforman el grupo de síntomas que aparecen en los criterios DSM-IV-TR para diagnosticar el trastorno de ansiedad generalizada. Se han realizado numerosos estudios para precisar los síntomas físicos más distintivos y característicos de este trastorno. La diferencia entre el trastorno de ansiedad generalizada y otros estados de ansiedad se debe más a la tensión motora y la hiper vigilancia que a la hiperactividad autónoma.

#### ***Trastorno de ansiedad generalizada (TAG) F41.1***

Su característica fundamental es una ansiedad generalizada y persistente, que no se restringe ni siquiera en términos de algún fuerte predominio, a ninguna circunstancia del entorno en particular (es decir, la angustia, “flota libremente”). Los síntomas principales son variables, pero incluyen quejas de permanente nerviosidad, temblor, tensiones musculares, sudoración, atolondramiento, palpitaciones, vértigo y malestar epigástrico. A menudo los pacientes manifiestan temores de una próxima enfermedad o de un accidente, que sufrirán en breve ellos mismos o alguno de sus parientes.

Incluye:

Estado de ansiedad

Neurosis de ansiedad

Reacción de ansiedad

Excluye: Neurastenia F48.0

### 2.1.2. EPIDEMIOLOGIA

El estudio del Epidemiological Catchment Área (ECA) examinó la prevalencia en la población de los pacientes diagnosticados de un trastorno de angustia mediante el DSM-III utilizando el Cuestionario de entrevista diagnóstica (*Diagnostic Interview Schedule*, DIS). Las tasas de prevalencia al mes, a los seis meses y a lo largo de la vida para el trastorno de angustia, en los cinco lugares donde se realizó el estudio, fueron 0,5, 0,8 y 1,6 %, respectivamente. Las mujeres presentaban una tasa de prevalencia al mes del 0,7 %, porcentaje significativamente más alto que el 0,3 % observado en varones. Además, las mujeres tendían a experimentar un incremento de las crisis de angustia entre los 25 y los 44 años, y la presentación de las crisis persistía más allá de la edad madura.

No parece haber diferencias entre la epidemiología del trastorno de angustia para sujetos blancos y negros.

La relación entre el trastorno de angustia y la depresión mayor ha sido discutida en numerosos estudios debido a su conocida comorbilidad. Un estudio familiar realizado recientemente halló que el trastorno de angustia y la depresión mayor son trastornos claramente distintos, a pesar de su frecuente coexistencia y de que, cuando coexisten, la entidad resultante no se segrega en familias como un trastorno distinto.

## **2.2. MONOGRAFÍA**

Los trastornos de ansiedad conforman uno de los grupos más frecuentes dentro de las enfermedades psiquiátricas y ocasionan un deterioro funcional y malestar importantes. El avance en la investigación en los últimos años ha favorecido enormemente la comprensión de los mecanismos subyacentes a estos trastornos y de la respuesta a su tratamiento. El trabajo con los pacientes con trastornos de ansiedad puede ser altamente gratificante para un psiquiatra bien informado, ya que estos pacientes, cuyo sufrimiento es considerable, suelen responder positivamente a un tratamiento adecuado y recuperan un alto nivel de funcionamiento.

### **2.2.1. Historia Clínica**

El trastorno de ansiedad generalizada es dos veces más frecuente en las mujeres que en los hombres. Otros correlatos son tener una edad superior a 24 años; estar separado, viudo o divorciado; estar desempleado, y ser ama de casa. Estos pacientes experimentan grandes interferencias en sus vidas, suelen buscar ayuda profesional y son grandes consumidores de medicación.

Los pacientes cuyos síntomas de ansiedad se inician en las dos primeras décadas de la vida parecen verse más interferidos por el trastorno, su ansiedad es más intensa y puede no estar desencadenada por acontecimientos estresantes específicos, y presentan más antecedentes de miedos infantiles, des-estructuración familiar y desadaptación social; este hallazgo podría deberse a influencias constitucionales y/o ambientales. En muestras clínicas el trastorno de ansiedad generalizada suele asociarse a depresión mayor y fobia social, pero todavía se considera una entidad distinta. El abuso de alcohol, barbitúrico y ansiolítico es común en este grupo de pacientes. El trastorno de ansiedad generalizada y la depresión crónica suelen solaparse. Breslau y Davis (1985) observaron que si el trastorno de ansiedad generalizada persistía durante 6 meses, tal y como requieren las definiciones del DSM-III-R y del DSM-IV y DSM-IV-TR la co-morbilidad con el trastorno depresivo es muy alta. Al contrario de lo que ocurre con el trastorno de angustia, que declina con la edad, el trastorno de ansiedad generalizada parece explicar muchos de los estados de ansiedad que se dan en edades avanzadas, en co-morbilidad frecuente con enfermedades médicas. En estos pacientes ancianos es especialmente importante diferenciar la ansiedad generalizada de otros estados de ansiedad que podrían relacionarse con el delirium, la demencia, la psicosis y la depresión, o que podrían ser manifestaciones de enfermedades médicas subyacentes.

### **2.2.2. Examen Físico**

Se realiza un examen físico de rutina.

### **2.2.3. Estudios de laboratorio y gabinete**

Para todas las personas con ansiedad generalizada:

- Hemograma
- Glicemia
- Nitrógeno de urea
- Creatinina en sangre
- Tiroxina libre (T4)
- Hormona estimulante del tiroides (TSH)
- Examen de orina completo
- Pruebas Hepáticas
- Perfil lipídico

Considerar según circunstancias Clínicas

- Electrocardiograma
- Electroencefalograma
- Screening de drogas
- Tomografía Cerebral
- Detección de síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)
- Detección de infección virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)
- Test de embarazo
- Electrolitos plasmáticos
- Test psicológicos (WAIS, Bender-Hutt, Rorschach)

### **2.2.4. Recomendaciones operativas para el diagnóstico:**

El diagnóstico del trastorno de ansiedad generalizada se realiza cuando un paciente experimenta un estado de ansiedad o preocupación excesiva durante un mínimo de seis meses. También deben estar presentes al menos tres de seis síntomas físicos. Finalmente, la ansiedad crónica no debe ser secundaria a ningún otro trastorno del Eje I<sup>1</sup> ni a un factor orgánico específico.

---

<sup>1</sup> Eje I se refiere a cualquier otro diagnóstico psiquiátrico codificado en DSM-IV-TR o CIE-10

No obstante, el diagnóstico de estos trastornos no siempre es claro, ya que existen otros trastornos psiquiátricos y médicos que pueden presentarse con características semejantes a estas patologías.

- Realización de historia clínica, con interrogatorio dirigido a aspectos de Salud Mental.

- Buscar Intencionadamente los Criterios para ansiedad generalizada de acuerdo al CIE-10 y DSM-IV-TR.

- Aplicación de la Escala de auto aplicación de Hamilton para ansiedad. (Ver anexo)

- Consultar los criterios diagnósticos del CIE- 10 F41.1 en el apartado de trastornos de ansiedad generalizada.

- Llevar a cabo pláticas de Fomento a la Salud Mental específicamente sobre el tema de ansiedad generalizada.

#### **2.2.5. Criterios diagnósticos**

##### **Criterios DSM-IV-TR 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).

(1) inquietud o impaciencia

(2) fatigabilidad fácil

(3) dificultad para concentrarse o quedar con la mente en blanco

(4) irritabilidad

(5) tensión muscular

(6) alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertar de sueño no reparador)

- D. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno del Eje I; 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.

### **Criterios Diagnósticos de Investigación CIE 10**

- A. Un período de al menos seis meses de notable ansiedad, preocupación y sentimientos de aprensión (justificados o no), en relación con acontecimientos y problemas de la vida cotidiana.
- B. Por lo menos cuatro de los síntomas listados abajo deben estar presentes, y al menos uno de los listados entre (1) y (4).

#### *Síntomas autonómicos*

- 1) Palpitaciones o golpeo del corazón, o ritmo cardíaco acelerado.
- 2) Sudoración.
- 3) Temblores o sacudidas de los miembros.
- 4) Sequedad de boca (no debida a la medicación o deshidratación).

#### *Síntomas en el pecho y abdomen*

- 5) Dificultad para respirar.
- 6) Sensación de ahogo.
- 7) Dolor o malestar en el pecho.
- 8) Náusea o malestar abdominal (por ejemplo: estómago revuelto)

### *Síntomas relacionados con el estado mental*

- 9) Sensación de mareo, inestabilidad, o desvanecimiento.
- 10) Sensación de que los objetos son irreales (desrealización), o de sentirse lejos de la situación o “fuera” de ella (despersonalización).
- 11) Sensación de perder el control, “volverse loco” o de muerte inminente.
- 12) Miedo a morir.

### *Síntomas generales*

- 13) Sofocos o escalofríos
- 14) Sensación de entumecimiento u hormigueo.

### *Síntomas de tensión*

- 15) Tensión muscular o dolores y parestesias.
- 16) Inquietud y dificultad para relajarse.
- 17) Sentimiento de estar “al límite” o bajo presión o de tensión mental.
- 18) Sensación de nudo en la garganta o dificultad para tragar.

### *Otros síntomas no específicos*

- 19) Respuesta de alarma exagerada a pequeñas sorpresas o sobresaltos.
- 20) Dificultad para concentrarse o sensación de tener la mente en blanco, debido a la preocupación o ansiedad.
- 21) Irritabilidad persistente.
- 22) Dificultad para conciliar el sueño debido a las preocupaciones.

C. El trastorno no satisface todos los criterios para trastorno de pánico (F41.0), trastorno de ansiedad fóbica (F40.-), trastorno obsesivo-compulsivo (F42.-) o trastorno hipocondríaco (F45.2).

D. *Criterio de exclusión más frecuentemente usado:* El trastorno no se debe a un trastorno orgánico específico, tal como hipertiroidismo, un trastorno mental orgánico (F00-F09), o un trastorno por consumo de sustancias psicoactivas (F10-F19), tales como un consumo excesivo de sustancias de efectos anfetamínicos o abstinencia a benzodiazepinas.

## **2.2.6. TERAPÉUTICA**

### **2.2.6.1. No Farmacológica en Ansiedad Generalizada**

Se utilizan técnicas psicológicas por profesionales capacitados y de amplia experiencia obteniendo respuestas favorables en el tratamiento de la Ansiedad Generalizada.

En cualquier intervención psicológica todos los profesionales de la salud deben desarrollar y mantener una alianza terapéutica apropiada, ya que está asociada con un resultado positivo independientemente del tipo de terapia que se utilice.

### ▶ TERAPIA INDIVIDUAL

B

La terapia individual es un técnica que se utiliza para brindar apoyo rápido y concreto aquellos pacientes que por el contexto en que se encuentran es difícil proporcionarles un tratamiento más prolongado y profundo para sus problemas teniendo como objetivo llevar al paciente a un equilibrio emocional tan rápidamente como sea posible eliminando los síntomas para establecer un nivel propicio de funcionamiento haciendo el esfuerzo para fortalecer las defensas existentes a la vez que para elaborar mejores mecanismos de control, sus técnicas son utilizadas e implementadas por profesionales entrenados constituyéndose como terapia principal. (Bellak, 1993)

√

### ▶ TERAPIA DE GRUPO

B

Método utilizado por uno o varios terapeutas en el cual se reúnen dos o más personas denominadas pacientes más o menos permanentes. Son de estructura abierta o cerrada, heterogéneos en diagnóstico y género, en forma voluntaria donde las personas reunidas interactúan e interrelacionan con fines psicoterapéuticos. (Irving Yalom)

### ▶ BIODANZA

B

**Biodanza** es un sistema de integración y desarrollo humano basado en vivencias inducidas por la música, el movimiento y la emoción, con el fin de ayudar a la solución de conflictos interiores y al desenvolvimiento armónico de la personalidad. Se utilizan ejercicios y músicas organizadas con el fin de aumentar la resistencia al estrés, promover la renovación orgánica y mejorar la comunicación.

La práctica periódica de la Biodanza ayuda a superar enfermedades como el estrés, la depresión, la ansiedad generalizada, la falta de deseo sexual o los trastornos de la alimentación. Además, fomenta el disfrute de los actos simples de la vida cotidiana como hablar y comer. Asimismo, potencia la sinceridad y la espontaneidad de la persona.

La Biodanza tiene como objetivo trabajar con la parte sana del individuo y fortalecer las áreas sanas del ser humano, no tiene edad, sexo, escolaridad al buscar el contacto.



## ▶ MUSICOTERAPIA

B

La música-terapia es una técnica terapéutica que utiliza la música en todas sus formas con participación activa o receptiva por parte del paciente (Congreso Mundial de Música-terapia, París, 1974).

Con la Música-terapia se intenta hacer llegar al cerebro unos estímulos que le lleven a una relajación o anulación de los que reproducen la enfermedad a través de diversas melodías con las que se pueden conseguir efectos sorprendentes

Se puede trabajar cualquier tipo de problemática emocional abriendo canales de comunicación.

## ▶ PSICODRAMA

B

Es una técnica global que integra el cuerpo, las emociones y el pensamiento. El psicodrama integra los aspectos: la parte corporal, las emociones y sentimientos y la comunicación verbal, con énfasis particular en la acción corporal para reforzar los sentimientos y las emociones.

Es un método terapéutico utilizando el juego de roles como medio para corregir y ampliar la percepción. La representación de roles sirve de satisfacción parcial a las necesidades o deseos reprimidos por la familia sociedad y la cultura.

Utiliza técnicas dramáticas para ejercer una acción terapéutica sobre las personas, se utiliza en pacientes que presentan síntomas y problemas personales para intentar modificar sus dificultades emocionales en grupos no muy grandes de preferencia. Es una técnica psicoterapéutica. (Jacob Moreno).

## ▶ TERAPIA OCUPACIONAL

B

La **Terapia ocupacional** (T.O.) es definida por la *Asociación Americana de Terapia Ocupacional* en 1968 como "El arte y la ciencia de dirigir la respuesta del hombre a la actividad seleccionada para favorecer y mantener la salud, para prevenir la incapacidad, para valorar la conducta y para tratar o adiestrar a los pacientes con disfuncionalismos físicos o psicosociales".

### ▶ PSICOTERAPIA GESTALT

B

Un enfoque psicoterapéutico de contacto fenómeno lógico, existencial, integrativo y experiencial, en donde el proceso y diálogo giran en torno a una **actitud** de co-participación espontánea y creativa, de los involucrados en una dinámica de apoyo (confianza) y confrontación (perturbación) con la libertad y la responsabilidad, del ser auténtico y su auto-actualización.

### ▶ TERAPIA PSICOANALÍTICA

B

Proceso en el cual los sentimientos, pensamientos y necesidades inconscientes se hacen conscientes a través de las diferentes técnicas que el terapeuta emplea en el comportamiento del paciente. Los métodos empleados para llevar del inconsciente al consciente fueron originalmente desarrollados por Sigmund Freud. Desarrollado por personal capaz.

### ▶ TERAPIA COGNITIVA – CODUCTUAL

B

Es el entender los trastornos emocionales desde una perspectiva cognitiva es decir como los pensamientos y creencias pueden tener influencias sobre la conducta, emociones y reacciones corporales de la persona, en un contexto de su historia propia. Además de basarse en el aquí y ahora para modificar aquellos pensamientos y creencias que causen problemas para la persona a través de diversas y variadas técnicas que se individualizan hacia el paciente. (Aarón Beck)

### ▶ TERAPIA FAMILIAR

B

Tipo de tratamiento psicoterapéutico que se aplica a parejas y a familias, está basada en considerar las quejas de los clientes (pacientes) como el problema a tratar. Estos se basan en la dinámica y la comunicación además en este tipo de terapia asume que lo que se trata en ella es el comportamiento específicamente así como la dinámica de interacción con los demás como son la familia, los amigos, los compañeros de trabajo etc. Este tipo de tratamiento es proporcionado por sesiones diseñadas y estructuradas para lograr un equilibrio en forma breve de acuerdo a su proceso. (Jackson y Haley, 1979)

## ▶ TERAPIA NEURONET

**B**

Pertenece a las Neurociencias. Es una terapia intensiva para lograr cambios neurológicos en la reorganización del cerebro a través de patrones sencillos de percepción movimiento y ritmo.

## ▶ LUDOTERAPIA

**B**

Técnica activa a través del juego en búsqueda del disfrute nos ayuda a reducción del estrés, integración de grupo, comunicación, como el manejo de trastornos emocionales

### 2.2.6.2. Farmacológica

Se utilizan Benzodiacepinas en trastornos de ansiedad.

Nombre genérico	Descripción	Dosis
Alprazolam	Tableta de 0.50 mg	1 tableta vía oral cada 8 horas
Clonazepam	Tableta de 2 mg	1 tableta vía oral cada 24 horas
Clonazepam	Gotas 2.5 mg / ml	5 - 10 gotas vía oral cada 8 horas

Y en muchos casos en combinación con antidepresivos de efecto ansiolítico, como:

Nombre Genérico	Descripción	Dosis
Escitalopram	Tableta de 10 mg	1 tableta vía oral cada 24 horas
Clomipramina	Tableta de 75 mg	1 tableta vía oral cada 24 horas
Imipramina	Tableta de 25 mg	1 tableta vía oral cada 8 horas
Tianeptina	Tableta de 12.5 mg	1 tableta vía oral cada 8 horas
Venlafaxina	Tableta de 75 mg	1 tableta vía oral cada 8 horas

## **COMPONENTES DE LA GUIA CLÍNICA CON ESPECIFICACIÓN DEL NIVEL DE EVIDENCIA Y DE RECOMENDACIÓN**

### **1. Intervenciones recomendadas para la Sospecha Diagnóstica**

#### **1.1 Trastorno de ansiedad Leve a Moderado:**

Pesquisa realizada por profesionales de salud durante intervenciones propias de su especialidad.

#### **1.2 Trastorno de ansiedad Severo:**

Pesquisa realizada por profesionales de salud durante intervenciones propias de su especialidad.

##### **1.2.1 Intervenciones recomendadas para confirmación diagnóstica**

##### **1.2.2 Trastorno de Ansiedad Leve a Moderadas:**

###### **Entrevista para diagnóstico clínico utilizando criterios**

**Diagnósticos CIE 10:** Realizada por médico no especialista.

**Entrevista clínica para diagnóstico psicosocial:** Realizada por profesional de salud.

#### **2.1 Exámenes para descartar otros trastornos o enfermedades que puedan presentar síntomas de ansiedad generalizada:**

- Hemograma,
- Tiroxina (T 4)
- Hormona estimulante del tiroides, (TSH)
- Glicemia,
- Creatinina,
- Pruebas hepáticas,
- Orina completa.
- Deben ser solicitados de acuerdo a criterio médico para descartar otros trastornos o enfermedades que puedan presentar síntomas de ansiedad generalizada.

#### **Evaluación Psicológica y/o psicodiagnóstico.**

Realizado por Psicólogo clínico Debe ser solicitado de acuerdo a criterio clínico.

#### **Evaluación Integral por Equipo de Salud Mental:**

Que puede incluir evaluación por Terapeuta Ocupacional, Enfermera y/o Asistente Social según requerimientos.

### 3. Intervenciones recomendadas para el Tratamiento de casos confirmados

#### 3.1 Tratamiento Farmacológico:

##### 1a Ansiolíticos:

A

El uso de ansiolíticos de la familia de las benzodiazepinas se recomienda en personas con síntomas de ansiedad importantes y/o con trastornos del sueño. Evaluar riesgo de dependencia con el uso a largo plazo.

##### 1a Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS):

A

No existen diferencias importantes en la acción ansiolítica de los diferentes ISRS. Dosis recomendadas de los fármacos más usados:

Paroxetina 20 a 40 mg diarios; Escitalopram 10 mg diarios

##### 2b 3.2 Intervención psicosocial individual o grupal:

B

Intervenciones psicosociales de orientación cognitiva y conductual orientada a la resolución de problemas incluida la consejería, han mostrado ser efectivas en el tratamiento de la ansiedad generalizada. Los resultados a largo plazo muestran similar respuesta que el uso de antidepresivos.

##### 1a 3.3 Psicoterapia:

A

Las terapias psicológicas son efectivas en el tratamiento de la ansiedad generalizada: la terapia cognitivo conductual y la terapia conductual son efectivas en el control de los síntomas de ansiedad. La terapia interpersonal no tiene revisión sistemática; aunque es catalogada como de efectividad bien establecida. La terapia psicoanalítica breve es categorizada dentro de las terapias probablemente eficaces.

### **3 IMPLEMENTACIÓN Y ANÁLISIS DEL DESEMPEÑO**

#### **IMPLEMENTACIÓN**

La implementación local de esta guía es responsabilidad de cada uno de los trabajadores del Seguro Social. Deben realizarse arreglos para implementar esta guía en el área hospitalaria a utilizarse, debiéndose tomar en cuenta como aproximaciones las siguientes:

- a Alta efectividad
- b Recordatorios
- c Seminarios Educativos Interactivos
- d Intervenciones de Múltiples Niveles

#### **Puntos clave de Análisis de Desempeño:**

- a. Las actuales recomendaciones se enfrentan a una inicial dificultad de su aplicación en la institución ya que como actualmente se plantea el algoritmo de tratamiento, todo paciente visto en alguna de las unidades o centros de atención médica que utilicen esta guía, deberán de enviar al paciente para su confirmación diagnóstica y tratamiento a esta unidad, ya que actualmente es el centro principal de referencia para la atención integral del paciente psiquiátrico, y que cuenta con los medicamentos utilizados para el tratamiento recomendado. Lo cual deja sin posibilidad de brindar dicha atención en una unidad periférica tanto dentro del perímetro capitalino, como en los lugares del interior del país, exceptuando la Policlínica.
- b. Lo anterior deja como punto clave el poder realizar la organización necesaria para la capacitación del personal para el manejo de estos casos y poner a disponibilidad de cada uno de ellos los medicamentos necesarios para la aplicación correcta de las recomendaciones.
- c. Para el adecuado desempeño de los objetivos de la presente guía, deberá de existir una adecuada monitorización periódica para confirmar:
  - Que las unidades cuenten con la guía
  - Que el personal de atención tenga el conocimiento del uso de la escala de Hamilton su calificación y del uso de las recomendaciones.
  - Para que las dos anteriores observaciones sean funcionales y evaluables en cada unidad en donde se implemente la guía, se deberá de contar con un curso-taller (idealmente por un médico psiquiatra) el cual será dirigido para el adecuado entendimiento y manejo tanto de la guía como, la escala de evaluación, permitiendo la resolución de dudas al respecto de las mismas.
  - Control del adecuado abastecimiento de medicamentos de uso ansiolítico en las distintas unidades, y control de efectividad y efectos adversos que los pacientes presenten, esto último como control de calidad de los medicamentos.

## Barreras organizativas para la aplicación de la guía

- Actualmente el seguro social cuenta con atención en psiquiatría en el Centro de Atención Integral de Salud Mental, clínica de consulta externa de psiquiatría unidad de Escuintla, psiquiatría de enlace en hospital de accidentes, hospital de rehabilitación, hospital general de enfermedad común y policlínica lo cual constituye únicamente el 9 % del total de unidades con que cuenta el instituto limitando de esta manera los sitios de atención así como la disponibilidad terapéutica (farmacológica y no farmacológica) lo cual disminuye la aplicación de la guía ya que interrumpe el flujograma y la capacidad de las unidades de dar un seguimiento a los pacientes en su respectiva unidad.
- El costo que implica la implementación de la guía así como su aplicación, pueden sopesarse con el costo en lo que ahorro en pago de pasajes por el traslado de los pacientes de sus respectivos lugares de residencia a esta unidad, ya que dicho traslado de pacientes influye en la adherencia al tratamiento de los pacientes (siendo esta menor cuando tienen que asistir hasta la ciudad capital para su evaluación)

## **PUNTOS CLAVE PARA LA EVALUACIÓN POR PARTE DE AUDITORIA**

- El adecuado monitoreo de la correcta aplicación de la guía deberá de realizarse con la evaluación periódica de la calificación del test de Hamilton para ansiedad por parte del personal que utilizara dicho instrumento (dar al personal un test contestado y evaluar la correcta calificación del mismo)

## 4 INFORMACION PARA EL USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS

Subgrupo Químico	Efectos adversos Más frecuentes	Contraindicaciones Más significativas
<b>Benzodiacepinas</b>	Somnolencia Mareos Sedación Fatiga	✓ Apnea del sueño ✓ Embarazo y lactancia
	<b>Menos frecuentes</b>	<b>Relativas</b>
	Ataxia Disartria Tolerancia Amnesia anterograda Disminución cognoscitiva Vértigo Insomnio rebote	✓ Insuficiencia hepática ✓ Insuficiencia renal ✓ Insuficiencia pulmonar



## Información para el uso racional de

Subgrupo Químico	Efectos adversos	Contraindicaciones
<b>inhibidores no selectivos de la recaptación de la monoamina</b>	<b>Más frecuentes</b>	<b>Más significativas</b>
	Aumento peso	✓ Infarto cardiaco reciente
	Sabor agrio metálico	✓ Trastornos conducción
	Boca seca	✓ Uso de medicamentos
	Molestias gástricas	✓ depresores cardiacos
	Estreñimiento	✓ Embarazo y lactancia
	Arritmias	✓ Asociación mianserina
	Vértigo-mareos	✓ Asociado a IMAO
	Insomnio	
	Somnolencia	
	Pesadillas	
	Precordialgias	<b>Interacciones significativas</b>
	Cefalea	✓ Carbamacepina
	Lipotimia	✓ Tabaquismo
	Temblores	✓ Noradrenalina
Rubor	✓ Guanadrel	
Molestia respiratoria	✓ Clonidina	
Sensación de bola en la garganta	✓ Antihistamínicos	
Mialgias	✓ Cimetidina	
Lumbalgias	✓ Cocaína	
	✓ Anticonceptivos orales	
	✓ Cocaína	
<b>Menos frecuentes</b>	✓ Corticosteroides	
Visión borrosa	✓ Disulfiram	
Retención urinaria	✓ Fluoxetina	
Sudoración excesiva	✓ Inhibidores de la MAO	
	✓ Nafazolina oftálmica	
	✓ Oximetazolina	
<b>Raros o muy raros</b>	✓ Xylometazolina	
Ictericia	✓ Fenilefrina	
Leucopenia	✓ Hormonas tiroideas	
Exantemas	✓ Simpaticomiméticos	

### Precauciones y puntos clave:

Efectos cardiovasculares: Hipotensión ortostática, taquicardia sinusal o prolongación variable de los tiempos de conducción cardiaca con el potencial de arritmias en articular cuando hay sobredosis, por lo que debe haber precaución en estos pacientes. Puede haber dependencia en supresión súbita. Se potencializan con alcohol, sedantes y antiparkinsonianos.

Subgrupo Químico	Efectos adversos Más frecuentes	Contraindicaciones Más significativas
<b>Inhibidores Selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)</b>	Dolor de cabeza Hipertensión arterial Disfunción sexual Anorgasmia, desórdenes de la libido Eyacuación retardada o Impotencia Problemas de visión Palpitaciones y taquicardia Agitación Confusión Tinnitus Dolor de pecho	✓ Hipersensibilidad al medicamento ✓ En Asociación con IMAO
	<b>Menos frecuentes</b> Disnea Edema Manía o hipomanía Cambios menstruales Hipotensión ortostática Propensión convulsiones Trismo Incontinencia urinaria o retención urinaria Trombocitopenia Bradycardia Arritmias Euforia Alucinaciones Hipoglucemia Hiponatremia Reacción de pánico Reacción de paranoia Psicosis Galactorrea Síndrome serotonina	<b>Interacciones</b> ✓ IMAO ✓ Alcohol ✓ Cimetidina ✓ Haloperidol ✓ Posible interacción con ✓ Carbamazepina ✓ Aspirina ✓ Omeprazol ✓ Antidepresivos triciclicos ✓ Sumatriptan ✓ Ketoconazole ✓ Itraconazole ✓ Fluconazole ✓ Antibióticos macrólidos ✓ Litio ✓ Serotogénicos

**Precauciones y puntos clave:**

- Administrar con alimentos
- Deberá discontinuarse la medicación en los casos que se produjeran convulsiones
- Se recomienda un control rutinario de la presión arterial en pacientes que reciben tratamiento con dosis superiores a los 200 mg.

## 5 Anexos:

### I Escala de Hamilton para la Clasificación Ansiedad (Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS)

1. **Humor ansioso** (inquietud, espera de lo peor, aprensión [anticipación temerosa], irritabilidad) 0 1 2 3 4
2. **Tensión** (sensación de tensión, fatigabilidad, imposibilidad de relajarse, llanto fácil, temblor, sensación de no poder quedarse en un lugar) 0 1 2 3 4
3. **Miedos** (a la oscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo, a los animales grandes, a las multitudes, etc.) 0 1 2 3 4
4. **Insomnio** (dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño no satisfactorio con cansancio al despertar, malos sueños, pesadillas, terrores nocturnos) 0 1 2 3 4
5. **Funciones intelectuales** (dificultad de concentración, mala memoria) 0 1 2 3 4
6. **Humor deprimido** (falta de interés, no disfruta con sus pasatiempos, depresión, despertar precoz, variaciones del humor a lo largo del día) 0 1 2 3 4
7. **Síntomas somáticos generales (musculares)** (dolores y molestias musculares, rigidez muscular, sacudidas clónicas, rechinar de dientes, voz poco firme o insegura) 0 1 2 3 4
8. **Síntomas somáticos generales (sensoriales)** (zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos o escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo) 0 1 2 3 4
9. **Síntomas cardiovasculares** (taquicardia, palpitaciones, dolores en el pecho, latidos vasculares, extrasístoles) 0 1 2 3 4
10. **Síntomas respiratorios** (peso en el pecho o sensación de opresión torácica, sensación de ahogo, suspiros, falta de aire) 0 1 2 3 4
11. **Síntomas gastrointestinales** (dificultad para tragar, meteorismo, dispepsia, dolor antes o después de comer, sensación de ardor, distensión abdominal, pirosis, náuseas, vómitos, sensación de estómago vacío, cólicos abdominales, borborigmos, diarrea, estreñimiento) 0 1 2 3 4
12. **Síntomas genitourinarios** (amenorrea, metrorragia, micciones frecuentes, urgencia de la micción, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, impotencia) 0 1 2 3 4
13. **Síntomas del sistema nervioso autónomo** (sequedad de boca, enrojecimiento, palidez, sudoración excesiva, vértigos, cefaleas de tensión, pilo erección) 0 1 2 3 4
14. **Comportamiento durante la entrevista**
  - General: el sujeto se muestra tenso, incómodo, agitación nerviosa de las manos, se frota los dedos, aprieta los puños, inestabilidad, postura cambiante, temblor de manos, ceño fruncido, facies tensa, aumento del tono muscular, respiración jadeante, palidez facial 0 1 2 3 4
  - Fisiológico: traga saliva, eructa, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria superior a 20 respiraciones por minuto, reflejos tendinosos vivos, temblor, dilatación pupilar, exoftalmía, mioclonías palpebrales 0 1 2 3 4

**Evalúa** Intensidad de la ansiedad.

**N.º de ítems** 14.

**Administración** Heteroaplicada.

#### DESCRIPCIÓN

- La HARS es una escala de estado cuyo objetivo es valorar la intensidad de la ansiedad.
- Consta de un total de 14 ítems que evalúan los aspectos psíquicos, físicos y conductuales de la ansiedad. Además un ítem evalúa específicamente el ánimo deprimido.
- Los ítems son manifestaciones inespecíficas de ansiedad, sin haber demostrado su utilidad para la evaluación de un trastorno de ansiedad en concreto.
- En el caso del trastorno de ansiedad generalizada, diversos autores prefieren utilizar como criterio de respuesta el cambio en las puntuaciones en los 2 primeros ítems (humor ansioso y tensión) que la puntuación total, ya que los 12 ítems restantes no representan adecuadamente al trastorno de ansiedad generalizada.
- El marco de referencia temporal son los últimos días (al menos los 3 últimos) en todos los ítems, excepto el último, en el que se valora la conducta del sujeto durante la entrevista.
- Es una escala heteroaplicada. Ballenguer y Lewis han creado unas sencillas instrucciones para asignar las puntuaciones más adecuadas en cada paciente, con el objeto de aumentar la fiabilidad inter evaluadores. A continuación se describen brevemente (son válidas para los 13 primeros ítems):
  1. Identifique de entre todos los síntomas posibles para cada ítem el más problemático en los últimos días, y que sea debido ciertamente a ansiedad.
  2. Determine para ese síntoma estos 3 aspectos: su gravedad, su frecuencia de presentación y la incapacidad o disfunción que produce.
    - a) Gravedad:
      - 1, leve, de poca importancia;
      - 2, gravedad moderada y alteraciones;
      - 3, alteraciones graves derivadas de los síntomas, muy molesto;
      - 4, el peor síntoma que haya padecido nunca.

*b)* Tiempo/frecuencia:

- 1, ocurre con poca frecuencia durante cortos períodos de tiempo;
- 2, ocurre parte del día o menos de la mitad de los días (menos de una tercera parte del tiempo de vigilia);
- 3, ocurre gran parte del día, durante la mayoría de los días (más de una tercera parte del tiempo de vigilia);
- 4, ocurre casi todo el tiempo.

*C)* Incapacidad/disfunción:

- 1, conciencia de los síntomas, pero sin interferir en las actividades normales;
- 2, los síntomas interfieren en alguna actividad o empeoran debido a las alteraciones; 3, los síntomas causan incapacidad para llevar a cabo (o interfieren gravemente) las actividades sociales, familiares o laborales;
- 3, los síntomas causan incapacidad para realizar (o llevan a evitar) actividades en 2 o más de las áreas anteriores.

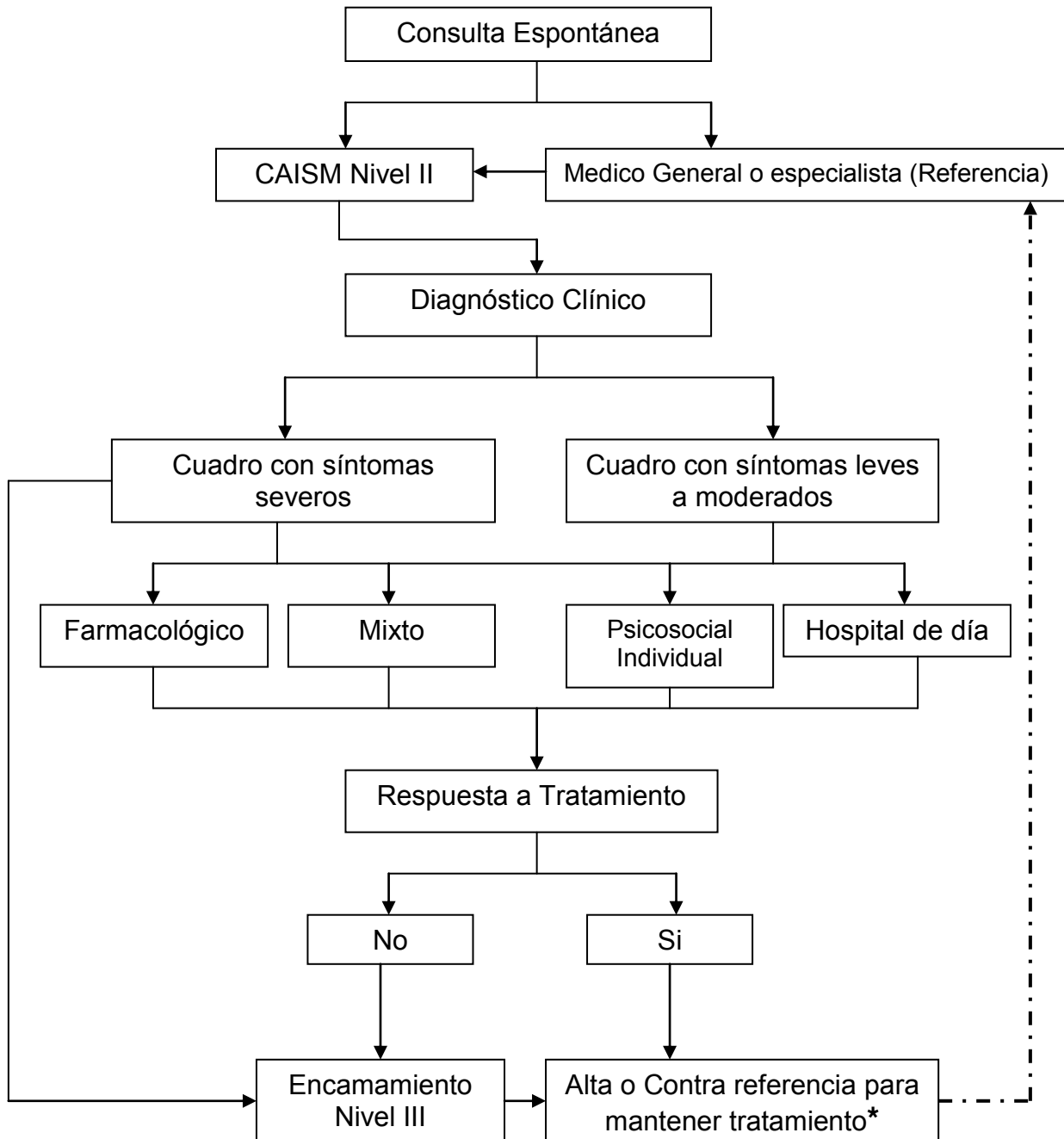
3. Haga la media entre las puntuaciones de gravedad y de tiempo/frecuencia y redondee la media en función de la puntuación de incapacidad.

### **CORRECCIÓN E INTERPRETACIÓN**

- Proporciona una medida global de ansiedad, que se obtiene sumando la puntuación obtenida en cada uno de los ítems.
- Los puntos de corte recomendados son:
  - 0-5: no ansiedad.
  - 6-14: ansiedad leve.
  - 15: ansiedad moderada/grave.

## II Tratamiento para personas con Trastorno de Ansiedad Generalizada

### ALGORITMO



\*En todo caso contra referido, la unidad que refirió al paciente, debe de tomar en cuenta el monitoreo periódico del mismo, ya que si se presentase aumento de la sintomatología deberá ser referido nuevamente a CAISM para tratamiento integral.

### III ABREVIATURAS

<b>CAISM:</b>	Centro de Atención Integral en Salud Mental
<b>CICS:</b>	Centro de Investigaciones en Ciencias de la Salud
<b>CIE-10:</b>	Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª edición
<b>CCMM:</b>	Ciencias Médicas
<b>DSM-IV TR:</b>	Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos mentales (Diagnostic and Statistical Manual)
<b>F:</b>	Facultad
<b>HARS:</b>	Hamilton Anxiety Rating Scale
<b>IHCAI:</b>	International Health Central America Institute
<b>mg:</b>	miligramo
<b>ml:</b>	mililitro
<b>OMS:</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>OPS:</b>	Oficina Panamericana de la Salud
<b>SIDA:</b>	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
<b>SING:</b>	Scottish International Network Guidelines
<b>USAC:</b>	Universidad de San Carlos de Guatemala
<b>VIH:</b>	Virus Inmunodeficiencia Humana
<b>WAIS:</b>	Welcher's Adult Intelligence Scale

#### IV BIBLIOGRAFIA

1. Guías Clínicas 2004; 4 (10) Ansiedad generalizada, 23/03/2004 Castro Dono, Carlos Esteban Fernández, et. Al. Doctor en Medicina. Psiquiatra. Servicio de Psiquiatría. Complejo Hospitalario “Juan Canalejo-Marítimo de Oza”. SERGAS- A Coruña
2. Ballenger JC, Davidson JR, Lecrubier Y, Nutt DJ, Borkovec TD, Rickels K et. al. Consensus statement on generalized anxiety disorder from the International Consensus Group on Depression and Anxiety. J Clin Psychiatry 2001; 62 Suppl 11: 53-8
3. Gale C, Kapczinski F, Busnello JV, Isolan L, Quevedo J, Lima MS. Benzodiazepines for generalized anxiety (protocol for a Cochrane Review). En: The Cochrane Library, Issue 4, 2007. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
4. Kaplan HI, Sadock BJ. Sinopsis de psiquiatría. 8ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 1999
5. Kaplan HI, Sadock BJ. Tratado de Psiquiatría/ VI. 6ª ed. Buenos Aires: Inter-Médica; 1997
6. Pollack MH. Optimizing pharmacotherapy of generalized anxiety disorder to achieve remission. J Clin Psychiatry 2001; 62 Suppl 19: 20-5
7. Soler Insa PA, Gascón Barrachina J. Coordinadores. RTM-II, Recomendaciones Terapéuticas en los Trastornos Mentales. Comité de Consenso de Catalunya en Terapéutica de los Trastornos Mentales. 2ª ed. Barcelona: Masson; 1999
8. Yonkers KA, Dyck IR, Warshaw M, Keller MB. Factors predicting the clinical course of generalized anxiety disorder. Br J Psychiatry 2000; 176: 544-9
9. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Text revision. Washington (DC): American Psychiatric Association; 2000.
10. Antony MM, Swinson RP. Anxiety disorders and their treatment: a critical review of the evidence-based literature. Ottawa (ON): Health Canada; 1996
11. Wittchen HU, Hoyer J. Generalized anxiety disorder: nature and course. J Clin Psychiatry 2001; 62 Suppl 11:15–9; discussion 20–1.
12. Sareen J, Cox BJ, Afifi TO, and others. Anxiety disorders and risk for suicidal ideation and suicide attempts: a population-based longitudinal study of adults. Arch Gen Psychiatry 2005; 62:1249–57.



13. McLaughlin T, Geissler E, Wan G. Comorbidities and associated treatment charges in patients with anxiety disorders. *Pharmacotherapy* 2003; 23:1251-6.
14. Moore DP, Jefferson JW. *Handbook of Medical Psychiatry*. 2nd ed. St. Louis, Mo: Mosby; 2004: 174-175.
15. Noble J. *Textbook of Primary Care Medicine*. 3rd ed. St. Louis, Mo: Mosby; 2001:416.
16. Nisenson LG, Pepper CM, Schwenk TL, Coyne JC: The nature and prevalence of anxiety disorders in primary care. *General Hospital Psychiatry*. 1998; 20 : 21-28.
17. Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of *DSM-IV* Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005; 62: 593-602.
18. Prevalence of Anxiety, Depression, and Substance Use Disorders in an Urban General Medicine Practice. Mark Olfson, MD, MPH; Steven Shea, *Arch Fam Med*. 2000;9:876-883.
19. Impairment in Pure and Co morbid Generalized Anxiety Disorder and Major Depression at 12 Months in Two National Surveys Ronald C. Kessler, Ph.D., Robert L. DuPont, M.D., *Am J Psychiatry*. 1999 Dec; 156(12):1915-23.
20. A Review and Meta-Analysis of the Genetic Epidemiology of Anxiety Disorders John M. Hettema, M.D., Ph.D., Michael C. Neale, Ph.D., and Kenneth S. Kendler, M.D. *Am J Psychiatry* 158:1568-1578, October 2001 American Psychiatric Association.
21. Association between physical activity and mental disorders among adults in the United States. Goodwin RD. Department of Epidemiology, Mailman School of Public Health, Columbia University, New York, NY, USA. *Prev Med*. 2003 Jun; 36(6):698-703.
22. Association Between Cigarette Smoking and Anxiety Disorders During Adolescence and Early Adulthood. Jeffrey G. Johnson, PhD; Patricia Cohen, PhD; Daniel S. Pine, MD; Donald F. Klein, MD; Stephanie Kasen, PhD; Judith S. Brook, PhD. *JAMA*. 2000; 284:2348-2351.
23. Slapping and spanking in childhood and its association with lifetime prevalence of psychiatric disorders in a general population sample. H L MacMillan, M H Boyle, *CMAJ*. 1999 October 5; 161(7): 805-809. 1999, Canadian Medical Association.

24. The Influence of Anxiety on the Progression of Disability Gretchen A. Brenes, PhD\*, Jack M. Guralnik, MD†. *Journal of the American Geriatrics Society*. Volume 53 Issue 1 Page 34-39, January 2005.
25. Clinical guidelines for the management of anxiety. Management of anxiety (panic disorder, with or without agoraphobia, and generalized anxiety disorder), in adults in primary, secondary and community care. London (UK): National Institute for Clinical Excellence (NICE); 2004 Dec. 165 p.
26. Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with anxiety disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997 Oct; 36(10 Suppl):69S-84S.
27. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with anxiety disorders. Connolly SD, Bernstein GA; Work Group on Quality Issues. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007 Feb; 46(2):267-83.
28. Singapore Ministry of Health, National Medical Research Council. Anxiety disorders. Singapore: Singapore Ministry of Health; 2003 Nov. 69 p.
29. Anxiety disorders in patients with HIV/AIDS. In: Mental health care for people with HIV infection: HIV clinical guidelines for the primary care practitioner. New York (NY): New York State Department of Health; 2006 Mar. p. 1-8.
30. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Computerized cognitive behavior therapy for depression and anxiety. London (UK): National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE); 2006 Feb. 38 p.
31. Work Loss Data Institute. Stress related conditions and other mental disorders. Corpus Christi (TX): Work Loss Data Institute; 2007 Apr 12. 153 p.
32. Herbal and Dietary Supplements for Treatment of Anxiety Disorders SY ATEZAZ SAEED, MD, RICHARD M. BLOCH, PhD, and DIANA J. ANTONACCI, MD *East Carolina University, Greenville, North Carolina*. *Am Fam Physician* 2007; 76:549-56.
33. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol* 1959 ; 32: 50-55.
34. The GAD-7 scales was accurate for diagnosing generalized anxiety disorder Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, *et al*. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med* 2006; 166:1092-7.

35. *BMJ* 2001;322:406-409 (17 February) Primary care Routinely administered questionnaires for depression and anxiety: systematic review  
Simon M Gilbody, *MRC fellow in health services research*<sup>a</sup>, Allan O House, *professor liaison psychiatry*<sup>b</sup>, Trevor A Sheldon, *head*<sup>c</sup>.

## V DECLARACION DE INTERESES.

El Grupo de Desarrollo declara que ninguno tiene conflicto de interés con la temática.

## VI FECHA DE ELABORACION

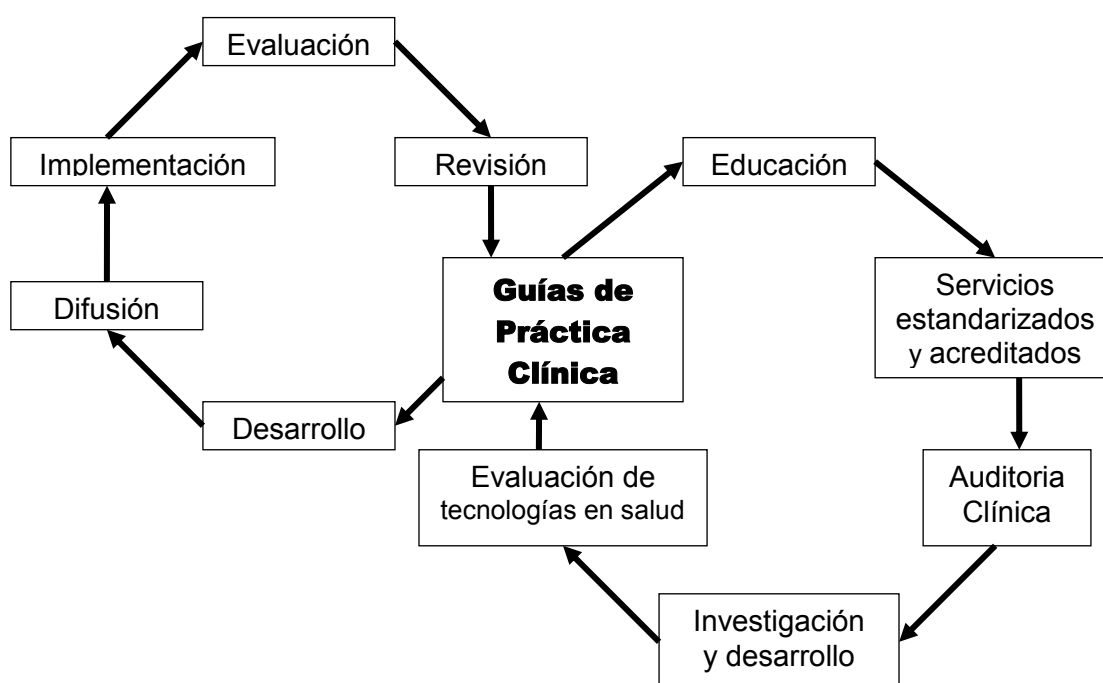
**Primera Parte:** Discusión y elaboración: Agosto 2007

**Segunda Parte:** Presentación: Septiembre 2007 - Marzo 2008

**Revisión por expertos:** Junio 2009

## VII Actualización:

Esta guía debe ser revisada dentro de un período no mayor de cuatro años desde la fecha de publicación. Esta revisión y actualización puede suceder antes de ese plazo si surgen cambios sostenidos por evidencias que afecten el contenido y sus recomendaciones.



Tomado y adaptado de SING 50: A guideline developer's handbook. February 2001

## CONTEXTO DE REALIZACION Y UTILIZACION

Con base en la evidencia científica existente, este documento busca estar en Concordancia con la Política Institucional de Medicamentos. Se espera que los profesionales de la salud del Instituto lo evalúen en el contexto cuando hagan ejercicio de su juicio Clínico y emitan sus criterios. **Sin embargo, no se pretende disminuir las responsabilidades de los profesionales de la salud al tomar decisiones apropiadas bajo las circunstancias individuales de los pacientes, en conjunto con el paciente y/o su representante legal.**