

# **Guía clínica para el manejo de la ansiedad**

**Gerhard Heinze Martin  
Pedro Camacho Segura**

# **Guía Clínica para el Manejo de la Ansiedad**

---

Gerhard Heinze Martin, Pedro Camacho Segura

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz  
México, 2010

## **Guía Clínica para el Manejo de la Ansiedad**

Gerhard Heinze Martin, Pedro V. Camacho Segura

### *Editores*

Shoshana Berenzon, Jesús del Bosque, Javier Alfaro, Ma. Elena Medina-Mora

### *Validación Interna*

Ingrid Vargas, Nayelhi Saavedra

### *Validación externa*

Aldo Suárez, Moisés Rozanes, Martha Ontiveros, Guillermo Caballero, Asunción Lara  
Rolando León, Oscar Ugalde, Rodrigo Marin.

### *Aspectos Éticos*

Liliana Mondragón

### *Producción editorial*

Patricia Fuentes de Iturbe

Esta Guía Clínica se diseñó con el apoyo de Recursos para la *Igualdad entre Mujeres y Hombres*, anexo 10 del PEF 2010.

Serie: Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales

Secretaría de Salud

D.R. 2010 Instituto Nacional de Psiquiatría *Ramón de la Fuente Muñiz*.

Calz. México-Xochimilco 101, Col. San Lorenzo Huipulco, Delegación Tlalpan, México DF, 14370

ISBN: 978-607-460-162-6

Edición 2010

Impreso en México

### *Agradecimientos*

Para la elaboración de esta Guía se contó con apoyo financiero del proyecto de CONACYT N° 4280 "Estudio de costos y recuperación de la inversión de políticas de atención de enfermedades mentales, el caso de la depresión y la esquizofrenia"

### **Citación**

Heinze G, Camacho PV. (2010). Guía clínica para el Manejo de Ansiedad. Ed. S Berenzon, J Del Bosque, J Alfaro, ME Medina-Mora. México: Instituto Nacional de Psiquiatría. (Serie: Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales).

Se prohíbe la reproducción total o parcial de esta obra sin la autorización por escrito de los titulares de los Derechos de Autor.

## Índice

Prólogo	5
Introducción	7
Objetivos de la Guía	7
<b>Justificación</b>	7
<b>Metodología utilizada para determinar el nivel de evidencia</b>	9
<b>¿Cómo leer la presente guía?</b>	10
<b>Recomendaciones diagnósticas y terapéuticas</b>	14
Recomendación 1. Detección	14
Recomendación 2. Diagnóstico diferencial y comorbilidad	17
Recomendación 3. Determinación de la severidad	22
Recomendación 4. Valoración de riesgo suicida	23
Recomendación 5. Elaboración del plan terapéutico	27
Recomendación 6. Recomendaciones particulares sobre el tratamiento	32
Aspectos Éticos	35
Referencias	37



## Prólogo

Los datos más recientes en torno a la salud en México muestran cómo las enfermedades mentales, por su curso crónico que se refuerza por el hecho de que sólo una pequeña parte recibe tratamiento, provocan mayor discapacidad que muchas otras enfermedades crónicas. Por ejemplo, entre las diez principales enfermedades considerando mortalidad prematura y días vividos sin salud, tres son enfermedades mentales, la depresión ocupa el primer lugar; se trata de una enfermedad frecuente con alto nivel de discapacidad, de acuerdo con las encuestas realizadas en el Instituto Nacional de Psiquiatría *Ramón de la Fuente Muñiz*<sup>1</sup>, el 6.4% de población la padece. Los trastornos relacionados con el consumo de alcohol ocupan el noveno lugar (2.5%) y la esquizofrenia el décimo (2.1%) en cuanto a carga de la enfermedad<sup>2</sup>.

Paradójicamente el 19% de las personas que padecen un trastorno mental reciben tratamiento, los que llegan tardan un tiempo importante en recibir atención con una latencia que oscila entre 4 y 20 años desde la aparición de la enfermedad, según el tipo de trastorno. A diferencia de lo que ocurre en otros países, la atención es más frecuente en unidades especializadas que en el primer nivel de atención, por cada persona que es atendida en este nivel, 1.7 recibe atención en unidades especializadas, lo que sugiere que las personas que llegan a tratamiento, lo hacen en un estado avanzado de la enfermedad.

Por lo anterior, se ha planteado la creación de unidades de atención especializadas en salud mental (UNEMES-CISAME) en todo el país. Se propone que estas unidades funcionen como el eje donde se estructure la atención comunitaria de la salud mental.

Como parte de este proyecto se solicitó al Instituto Nacional de Psiquiatría desarrollar una serie de guías clínicas sobre los padecimientos más frecuentes en nuestro país, a partir del análisis de la evidencia científica y de los criterios diagnósticos, de prácticas terapéuticas y de acciones preventivas que han probado ser más efectivas en el ámbito del manejo de los padecimientos mentales.

Las 12 Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales que conforman esta colección tienen como objetivo proporcionar a los profesionales de la salud recomendaciones prácticas para abordar la detección y el tratamiento efectivo de estos trastornos, ofreciendo las alternativas terapéuticas idóneas en cada proceso.

---

1. Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, México, 2003.

2. Programa de Acción Específico 2007-2012. Atención en Salud Mental. Secretaría de Salud. Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, México, 2008.

El conjunto de Guías Clínicas es el fruto del trabajo realizado por un grupo conformado por investigadores y clínicos especializados en diversas áreas de la salud mental a quienes agradecemos su compromiso y su interés por contribuir al mejoramiento de la atención y la calidad de vida de los pacientes, así como de su entorno familiar y social.

Asimismo, agradecemos a todas aquellas personas que revisaron y validaron estas guías; esperamos seguir contando con sus valiosas aportaciones para la actualización y mejora continua de estos instrumentos para la práctica clínica.

*Dra. Ma. Elena Medina-Mora Icaza*  
Directora General  
Instituto Nacional de Psiquiatría *Ramón de la Fuente Muñiz*

Los trastornos de ansiedad son diversos cuadros psicopatológicos, cuya principal característica es la presencia de molestias relacionadas y/o similares al miedo, tales como: intranquilidad, desesperación, temor, preocupaciones excesivas y ansiedad; o una combinación entre ellos. De todas las enfermedades mentales, son las que cuentan con una mayor prevalencia, llegando a estimarse que entre el 13.6% a 28.8% de la población padecerá un trastorno de ansiedad a lo largo de su vida (Kessler y cols., 2005; Alonso y cols., 2004).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), los trastornos mentales y del comportamiento representan cinco de las diez principales cargas de morbilidad en personas de 15 a 44 años de edad (OMS, 2001). En nuestro país, Medina Mora y cols., (2003), reportaron en la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica que el 28.6% de la población mexicana presentó alguno de los 23 trastornos mentales de la CIE alguna vez en su vida, el 13.9% reportó haberlo padecido en los últimos 12 meses y el 5.8 durante los últimos 30 días. Es decir, alrededor de 6 de cada 20 mexicanos, 3 de cada 20 y 1 de cada 20 mexicanos presentaron trastornos psiquiátricos alguna vez en la vida, en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días, respectivamente.

La presente guía busca ser un apoyo al clínico del primer nivel de atención para realizar el diagnóstico oportuno, el tratamiento inicial y la referencia asertiva de los casos de los trastornos de ansiedad.

## Objetivos de la Guía

### Objetivo General

- Proporcionar al personal de salud de primer nivel de atención los conocimientos necesarios para poder diagnosticar un trastorno de ansiedad, así como generar un algoritmo de tratamiento dependiendo de la severidad, así como criterios básicos de referencia a segundo y tercer nivel.

### Objetivos específicos

- Proporcionar información suficiente para entrenar al clínico en el diagnóstico correcto de los trastornos ansiosos.
- Difundir un algoritmo de tratamiento, dependiendo de la severidad de los trastornos ansiosos y su comorbilidad, para su adecuado tratamiento, rehabilitación, reinserción social y canalización temprana a diversos niveles de atención

## Justificación

A lo largo de las últimas tres décadas, los trastornos de ansiedad han generado mayor investigación en comparación con otros trastornos psiquiátricos. Su relevancia clínica y de salud pública ha sido reiteradamente demostrada poniendo en evidencia los altos costos generados tanto por la discapacidad que genera, como por la disminución en la productividad nacional. Incluso, se ha demostrado que genera mayor discapacidad que otras enfermedades crónicas, tales como la artritis, diabetes e hipertensión; y de igual impacto que las enfermedades cardiovasculares.

Los trastornos de ansiedad son los trastornos mentales que cuentan con una mayor prevalencia a lo largo de la vida, la cual ha sido estimada entre 13.6% a 28.8% de la población (Kessler y cols., 2005;



Alonso y cols., 2004), así como una prevalencia aproximada de 18% a lo largo del último año. Aproximadamente de 1 entre 5 hasta 1 entre 12 que solicitan consulta en el primer nivel de atención, padecen de síntomas ansiosos. El Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) es detectado con mayor frecuencia en pacientes que se presentan en la atención primaria, que en la población general, lo que sugiere que estos pacientes son usuarios frecuentes de los servicios de atención primaria.

Los pacientes que padecen un trastorno por ansiedad presentan un alto impacto en su vida y en su familia, así como un alto costo social. La ansiedad crónica se ha asociado con una alteración funcional profunda; lo que se ha relacionado con un uso excesivo de servicios médicos psiquiátricos y no psiquiátricos. Así mismo se ha demostrado que los pacientes con ansiedad cuentan con una productividad laboral menor que la población general.

La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (Medina-Mora y cols., 2003), reporta que el tipo de trastornos más frecuentes en nuestro país son los trastornos de ansiedad tanto en la categoría "alguna vez en la vida" (14.3%), como en "los últimos 12 meses" (8.1%) y en el "último mes" (3.2%).

En una revisión sistemática reciente realizada por el Dr. Ronald Kessler (2007), se mencionan los siguientes hallazgos sobre el impacto de la ansiedad en la población general:

- 1) Los trastornos de ansiedad tienden a la cronicidad, dado que entre el 60 al 70% de las personas que manifiestan haber presentado un trastorno de ansiedad a lo largo de la vida, lo tiene activo en los últimos 6 a 12 meses.
- 2) Cuentan con una edad de inicio aproximada de 15 años.
- 3) Existe una alta comorbilidad entre los trastornos depresivos y ansiosos. Más de la mitad de las personas que presentan depresión o ansiedad, han llegado padecer ambos tipos de trastornos.
- 4) Es probable que la prevalencia a lo largo de la vida se haya incrementado en los últimos años.

Finalmente, a pesar de que en la actualidad existen tratamientos con efectividad demostrada, la proporción de la demanda atendida continúa siendo baja. En este sentido, los resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, demuestran que sólo el 6.9% de todos los pacientes que han padecido un trastorno por ansiedad fueron atendidos por un especialista en salud mental y 4.8 por un médico general; mientras que el 0.8% fueron atendidos por "otros recursos" tales como: consejero espiritual, cura, rabino, yerbero, quiropráctico, o un espiritista (Medina-Mora y cols., 2003).

De acuerdo con Lara y colaboradores (2007), las enfermedades mentales que generan una mayor proporción de días perdidos son, en orden decreciente: depresión, agorafobia, ansiedad generalizada, trastorno de pánico y trastorno por estrés postraumático, incluso mayor que las enfermedades crónicas.

La Guía está dirigida a todo el personal de salud, médicos generales, psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, y enfermeras, con la finalidad de facilitar la uniformidad en la atención de estos padecimientos.

## Metodología utilizada para determinar el nivel de evidencia

La presente guía, se realizó con base en el paradigma de medicina basada en evidencia. De los diversos sistemas actualmente utilizados para gradar el nivel de evidencia científica se decidió utilizar el sistema GRADE (Atkins y cols., 2005; 2004; GRADE, 2004; Guyatt y cols., 2008), que ha sido adoptado recientemente por la Organización Mundial de la Salud para la elaboración de otras guías de tratamiento clínico ( Braunstein, 2007; Wierman y cols., 2006; Dahm y cols., 2007; WHO, 2003). La principal ventaja de este sistema, es que además de proporcionar un manera práctica de determinar el nivel de evidencia, le otorga una orientación al clínico en cuanto a la toma de decisión en relación con el riesgo/beneficio y entre hacer/no hacer (Ver **Tabla 1**).

Para facilitar la lectura de la guía, se ha decidido separar las sugerencias sobre el *manejo del paciente ansioso*, de la *evidencia científica* que sustenta dicha sugerencia. Las sugerencias se encuentran agrupadas en una columna izquierda, mientras que la evidencia ha sido redactada en la derecha.

Particularmente en tópicos relacionados con la salud mental, no siempre se cuenta con evidencia de metanálisis o de ensayos clínicos controlados, que otorguen un nivel de evidencia elevado, por lo que la utilización del sistema GRADE permite un rápido entendimiento entre los editores y el clínico.

**Tabla 1. Recomendaciones GRADE**

Balance entre beneficios y riesgos		Categorías de Recomendaciones	
Beneficios netos	La intervención claramente comporta más beneficios que riesgos	Hazlo	Decisión que tomaría la mayoría de personas bien informadas
		No lo hagas	
Beneficios con aceptación de los riesgos	La intervención comporta beneficios y riesgos	Probablemente hazlo	Decisión que tomaría la mayoría de personas bien informadas aunque una minoría considerable no lo haría
Beneficios inciertos con aceptación de los riesgos	No está claro que la intervención comporte más beneficios que riesgos	Probablemente no lo hagas	
Ausencia de beneficios netos	La intervención claramente no comporta más beneficios que riesgos		

Calidad de la Evidencia	
Alta	Ensayos Clínicos Controlados o mayor
Moderada	"Cuasi" Ensayos clínicos controlados
Baja	Estudios Observacionales
Muy Baja	Otro tipo de Evidencia

## Notas:

1. Es recomendable que los juicios sobre balance entre los beneficios importantes en salud y los riesgos se lleven a cabo ANTES de considerar los COSTES.
2. Cuando los beneficios y los riesgos varían en diferentes ámbitos o grupos de pacientes, las recomendaciones se deben adaptar a cada ámbito específico y a cada grupo de pacientes en concreto.
3. Es importante considerar las particularidades de las poblaciones más desfavorecidas y, si es apropiado modificar las recomendaciones para tener en cuenta estas desigualdades.

## ¿Cómo leer la presente guía?

La presente guía ha sido desarrollada con el objetivo de proveer recomendaciones prácticas, para la detección oportuna, diagnóstico e implementación de un plan general de tratamiento de los trastornos de ansiedad (TA) en el primer nivel de atención, así como criterios básicos de referencia a segundo y tercer nivel. El lector podrá encontrar recomendaciones sobre los siguientes trastornos de ansiedad: trastornos de pánico (con y sin agorafobia), fobia específica, fobia social, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno por estrés post-traumático.

El documento fue redactado principalmente con base en la *"Guía de práctica clínica sobre el manejo de los trastornos de ansiedad"* elaborada por la Asociación Psiquiátrica Canadiense (2006), y complementada con una revisión exhaustiva de la literatura médico psiquiátrica disponible sobre los trastornos de ansiedad, procurando sintetizar los hallazgos encontrados en los últimos años. Cabe destacar, que a pesar de este esfuerzo, por ofrecerles información de alta calidad y evidencia científica, los estándares de atención médica deben ser determinados con base en toda la información clínica de un determinado paciente y en un momento determinado, por lo que el algoritmo está sujeto a cambios, dependiendo de la evolución natural del conocimiento científico.

Los parámetros vertidos en esta Guía, deben ser considerados exclusivamente como guías. La adherencia a los presentes paradigmas, como en cualquier otra área del conocimiento médico, no asegura un éxito terapéutico para todos los pacientes. Así mismo, exhortamos a los profesionales de la salud a que continúen favoreciendo su hábito de actualización, y que el tratamiento de sus pacientes se realice con base en un ejercicio clínico meticuloso. La decisión final de cómo atender un paciente, depende del juicio del médico tratante, y debe ser realizado con base en la información científica más relevante posible.

Esta Guía está dividida en 6 apartados, denominados **"recomendaciones"**. Cada uno de estos apartados, contiene una serie de sugerencias sobre un tópico en particular del manejo del paciente ansioso.

En la **recomendación 1**, se describen acciones particulares para la detección oportuna de los TsA.

En la **recomendación 2**, se describen estrategias generales para la elaboración del diagnóstico de cada uno de los Trastornos por ansiedad, así como sobre el diagnóstico diferencial.

En la **recomendación 3**, se describe cómo determinar la severidad del cuadro para decidir si el paciente puede ser atendido en el primer nivel de atención o deberá ser referido al segundo o tercer nivel de atención.

La **recomendación 4**, describe una metodología para determinar una de las mayores amenazas para los pacientes que padecen ansiedad: “el riesgo suicida”.

La **recomendación 5**, describe el plan general del tratamiento, en el cual se le ayuda al clínico sobre cómo decidir la locación, el tratamiento psicosocial y el tratamiento farmacológico, con base en la severidad.

En la **recomendación 6**, se describe la fase de seguimiento, en la cual se incluyeron una serie de actividades que se llevan a cabo con los pacientes durante los primeros meses de tratamiento.



# Guía Clínica para el Manejo de la Ansiedad

## Recomendaciones diagnósticas y terapéuticas

El tratamiento de los trastornos ansiosos incluye una serie de intervenciones y actividades que deben ser llevadas a cabo por personal de salud mental <sup>(Alta)</sup>. Los componentes específicos de dichas intervenciones, pueden ser subdivididos, y deben ser otorgados a todas las personas que padezcan síntomas ansiosos <sup>(Alta)</sup>. En la presente guía dividimos en dos grandes bloques las recomendaciones: un bloque de recomendaciones diagnósticas y el segundo de recomendaciones terapéuticas.

Cabe destacar, que hasta el presente no se han realizado estudios prospectivos, que permitan evaluar las políticas de salud pública a largo plazo. Una de las grandes metas para las siguientes décadas, es justamente cuantificar las políticas de salud pública mental en la incidencia y prevalencia de los síndromes psiquiátricos (Cassano y cols., 2002; Madhukar, 2001; Ministry of Health Services, 2004). **Por lo que el hecho de que el nivel de evidencia sea BAJA, no significa que la recomendación tenga bajo impacto en la vida del paciente, sino que falta evidencia sistemática de la utilidad de guías clínicas en el curso de las enfermedades mentales.**

### 1

## Recomendación

Detección			
1.a	Balance riesgo/ beneficio:	Beneficios Netos	Evidencia <sup>(Baja-Alta)</sup>
	Sugerencia de Acción:	Hazlo	
<p><b>Detección General.</b> Realizar la detección de síntomas ansiosos en TODAS las evaluaciones de los pacientes, independientemente del lugar de tratamiento y solicitud de atención, mediante las siguientes dos preguntas: A lo largo de su vida, o durante el último mes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● ¿se ha llegado a sentir <i>continuamente</i> intranquilo(a), temeroso(a), nervioso(a) o preocupado(a)?</li> <li>● ¿ha llegado a sentirse con una crisis de miedo o angustia, en la que de repente llegó a presentir que le iba a dar un paro cardíaco, o que se iba a volver "loco(a)"?</li> <li>● ¿Existe alguna situación o cosa que le genere mucho temor, tales como la oscuridad, las arañas, las alturas o alguna otra cosa?</li> <li>● ¿ha llegado a ser víctima de una situación traumática, tal como un asalto, un secuestro o un abuso, del cual, con tan sólo recordarlo le vuelva a dar un miedo que le paralice?</li> </ul> <p>Si el sujeto responde afirmativamente a <b>cualquiera</b> de estas preguntas, amerita una evaluación más detallada.</p>			<p>Los TA se han vuelto un padecimiento con una alta prevalencia en el mundo (Kessler y cols., 2005 a,b; 2007).<sup>Alta</sup> Es frecuentemente reportado que los pacientes ansiosos tienden a utilizar con mayor frecuencia los servicios de medicina general, lo cual incrementa los costos tanto a los pacientes, como a los servicios de salud (Sherbourne y cols., 2001)<sup>Baja</sup>. Las repercusiones individuales, familiares y sociales generan disminución en la productividad nacional e internacional, lo cual evidentemente genera una disminución en la capacidad económica de la población (Kessler y cols., 2005 a; Alonso y cols; 2004; OMS, 2001).<sup>Baja</sup></p> <p>En México los TA cuentan con una prevalencia a lo largo de la vida del 14.3%, siendo mayor para las mujeres que para los hombres (18.5% vs 9.5%). La edad de inicio frecuentemente se identifica a lo largo de la adolescencia y de la adultez temprana (<i>Medianas</i>: fobia específica: 7, fobia social: 13, agorafobia: 17, T. Pánico: 18, T. por estrés post-traumática: 19, T. Ansiedad Generalizada: 27) (Medina-Mora y cols., 2003).</p>

	<p>Los TA son los trastornos mentales más frecuentemente atendidos en el primer nivel de atención. Se ha calculado que la tercera parte de los pacientes que asisten a estos servicios padecen síntomas ansiosos (Fifer y cols., 1994). Se estima una prevalencia a lo largo de la vida en 23.9% y en el último año entre 14.6% a 19.5% (Kroenke y cols., 2007; Nisenson y cols., 1998).</p> <p>Los trastornos por ansiedad y la depresión, particularmente la depresión ansiosa generan el mayor gasto, así como la mayor necesidad de atención médica<sup>Moderada</sup> (Marciniak y cols., 2006). De tal manera que la detección sistematizada de los TA es de fácil ejecución, sin que se genere costos adicionales, y puede ser una herramienta de fácil aplicación que permita detectar casos en etapas tempranas de la enfermedad<sup>Baja</sup>.</p>
--	---

**Nota 1.** En el caso de que sea “durante el último mes”, debe de incluirse en el apartado de “Interrogatorio por aparatos y sistemas” o en “Padecimiento actual”. Se recomienda que la decisión sobre en qué apartado debe incluirse se realice con base en el motivo de consulta.

**Nota 2.** En el caso de que sea “alguna vez en la vida”, Debe de incluirse en el apartado de “Antecedentes Personales Patológicos”.

1.b	Balance riesgo/ beneficio:	Beneficios Netos	<b>Evidencia</b> <sup>(Moderada)</sup>
	Sugerencia de Acción:	Hazlo	
<p><b>Detección en población de alto riesgo.</b> Los individuos en alto riesgo de padecer TA deben ser evaluados de igual manera mediante las preguntas del inciso 1a. Pero se les debe otorgar mayor atención a sus respuestas.</p>			<p>Los individuos en alto riesgo (Canadian Psychiatric Association, 2006; Michael y cols., 2007). son aquellos, que presentan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Insomnio o fatiga crónicos.</li> <li>● Antecedentes heredofamiliares de ansiedad o algún trastorno psiquiátrico.</li> <li>● Tendencia a la <b>inhibición conductual</b>. Se refiere a la tendencia temperamental de reaccionar con inhibición ante situaciones novedosas o amenazantes; tales como la timidez, o la evitación de situaciones novedosas (Cloninger 2000; Cloninger y cols., 1993).</li> <li>● Antecedentes de haber padecido durante la adolescencia o la niñez intranquilidad y preocupaciones constantes.</li> <li>● Antecedentes de vivir o haber vivido bajo estresores (laborales, económicos, sociales, etcétera).</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"><li>● Antecedentes de vivir o haber padecido eventos traumáticos y/o abuso (sexual, marital, familiar, verbal, físico, etcétera)</li><li>● Sexo femenino (a excepción del TOC).</li><li>● Diagnóstico psiquiátrico, particularmente depresión y las adicciones</li></ul>
--	--

Diagnóstico diferencial y comorbilidad			
2.a	Balance riesgo/ beneficio:	Beneficios Netos	Evidencia <sup>(Baja-Alta)</sup>
	Sugerencia de Acción:	Hazlo	
<p><b>Elaboración del diagnóstico diferencial entre los trastornos de ansiedad.</b></p> <p>Realizar el diagnóstico diferencial entre los TA con base en los criterios diagnósticos del CIE-10 o del DSM-IV-TR. Para facilitar el diagnóstico diferencial se pueden utilizar las figuras 2.1 y 2.2.</p>		<p>Hasta el momento no existe prueba de laboratorio o gabinete que corrobore el diagnóstico; por lo que los estudios clínicos y epidemiológicos utilizan entrevistas estructuradas para mejorar su sensibilidad diagnóstica (Kessler 2005 a, b; Alonso y cols., 2004; Medina-Mora y cols., 2005, 2007)<sup>A lta</sup>.</p> <p>En el caso del primer nivel de atención, es suficiente corroborar los síntomas enlistados por la Clasificación Internacional de Enfermedades, versión 10 (CIE-10) o los criterios propuestos por la Asociación Psiquiátrica Americana (APA), enlistados en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, en su versión IV (DSM-IV)<sup>Baja</sup>. Para facilidad del clínico se recomienda recurrir a la figura 2.1 y 2.2.</p>	
2.b	Balance riesgo/ beneficio:	Beneficios Netos	Evidencia <sup>(Baja)</sup>
	Sugerencia de Acción:	Hazlo	
<p><b>Descartar la comorbilidad médica.</b></p> <p>Descartar <u>SIEMPRE</u> la presencia de comorbilidad médica en los pacientes que se tenga la sospecha clínica de un TA.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Para llegar a la conclusión diagnóstica que los síntomas somáticos (<i>por ejemplo, palpitaciones, diaforesis, sudoración, disnea</i>) son producidos por un TA, primero se debe descartar que sean secundarios a una patología médica subyacente.</li> </ul>		<p>La coexistencia de sintomatología somática y ansiosa puede ser explicada por la presencia o comorbilidad entre TA, Patologías Médicas (PM) o el uso de sustancias o fármacos (Lynch y cols., 1998). <b>(Ver Tabla 2.2)</b>. Sabemos que no existen epidemiológicos que aclaren estas interrelaciones.</p> <p>De tal manera, que para poder llegar a la correcta conclusión de las interacciones entre las enfermedades médicas y mentales, es indispensable que se realice de manera sistemática el abordaje clínico de todas las posibles entidades.</p>	

**Nota 1.** Si bien es cierto, todos los padecimientos psiquiátricos también son médicos, decidimos utilizar el término comorbilidad “médica” por la frecuencia con la que se utiliza en la práctica clínica cotidiana de nuestro país.

**Nota 2.** La descripción de la elaboración de Historias Clínicas no son parte del objetivo de esta guía de tratamiento, por ello se remite a textos apropiados y a la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico (SS, 1998).

**Tabla 2.1** ¿Cómo diferenciar la ansiedad y el miedo normales de sus patologías?

Los síntomas ansiosos se convierten en un problema y deben ser evaluados profundamente para descartar un trastorno cuando:

- La duración o intensidad son mayores de lo que usualmente se asocia a las circunstancias relacionadas con su aparición (Tomando en cuenta el contexto social y cultural del sujeto).
- Cuando la intensidad de la ansiedad o el temor han llegado a interferir en la funcionalidad cotidiana.
- Cuando las conductas destinadas a mitigar la ansiedad repercuten en la funcionalidad cotidiana.
- Cuando el paciente se queja de sufrimiento emocional secundario a los síntomas o sus repercusiones.
- Cuando el paciente presenta obsesiones, compulsiones o flashbacks (Ver sección correspondiente al T. Obsesivo compulsivo y al T. por estrés post-traumático).

Adaptado de New Zealand National Health Committee (1998) y de Canadian Working Group on Anxiety Disorders (2006). [5].

**Tabla 2.2** ¿Coexistencia de síntomas somáticos y ansiosos de acuerdo con la comorbilidad entre trastornos de ansiedad (TA), patología médica (PM) y el uso de sustancias (S/M).

#	Síntomas	Causa	Frecuencia
1.	Síntomas ansiosos	TA	++++
	Síntomas somáticos		
2.	Síntomas ansiosos	PM	++++
	Síntomas somáticos		
3.	Síntomas ansiosos	S/M	+++
	Síntomas somáticos		
4.	Síntomas ansiosos	TA	++++
	Síntomas somáticos	PM	
5.	Síntomas ansiosos	TA	++
	Síntomas somáticos	S/M	
6.	Síntomas ansiosos	PM	+
	Síntomas somáticos	TA	
7.	Síntomas ansiosos	PM	+
	Síntomas somáticos	S/M	
8.	Síntomas ansiosos	S/M	+
	Síntomas somáticos	TA	
9.	Síntomas ansiosos	S/M	++
	Síntomas somáticos	PM	

**Nota.** A pesar de haber realizado una búsqueda exhaustiva para calcular la frecuencia de las combinaciones, no se encontraron referencias. Por lo que la frecuencia está realizada con base en la experiencia clínica de los autores.

**Abreviaturas.** TA: trastornos de ansiedad, PM patologías médicas, S/M: Uso de sustancias o medicamentos.

**Figura 2.1. Descripción General de los Trastornos de Ansiedad**

Fobia simple y social		T. Pánico
Sin tiempo mínimo		Mínimo 1 mes con:
<b>Fobia simple</b>	<b>Fobia social</b>	Ataques de pánico (AP) súbitos, inesperados y recurrentes.
Temor y/o síntomas ansiosos desencadenados por la presencia o anticipación de estímulo fóbico.	Temor y/o síntomas ansiosos desencadenados por la exposición al escrutinio social con preocupación de que el desempeño pueda ser causa de humillación o burla.	+ <b>1 de 3:</b>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>● Ansiedad anticipatoria</li> <li>● Preocupación constante por las repercusiones de los AP</li> <li>● Cambio significativo en la conducta habitual relacionado con los AP.</li> </ul>
+		<b>Ansiedad Generalizada</b>
Reconocimiento que los síntomas son excesivos e irracionalables.		<b>Mínimo 6 meses, la mayoría de los días con:</b>
+		Preocupaciones y nerviosismo excesivos, cuya intensidad han debilitado el control sobre ellos.
Evitación propositiva del estímulo fóbico		+ <b>3 de 6:</b>
<b>T. Obsesivo compulsivo</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>● Intranquilidad</li> <li>● Tensión muscular</li> <li>● Fatigabilidad</li> <li>● Alteración en el dormir (insomnio o sueño insatisfactorio)</li> <li>● Concentración</li> <li>● Irritabilidad</li> </ul>
Sin tiempo mínimo		<b>T. por estrés post-traumático</b>
Presencia de obsesiones y/o compulsiones		<b>Mínimo 1 mes, con:</b>
Obsesiones:		Antecedente de exposición a situación traumática (abuso, asalto, secuestro, etcétera), donde el sujeto se percibió la sensación intensa de: temor, desesperanza, horror.
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Pensamientos, imágenes o impulsos:</li> </ul> <p><i>Intrusivos</i> <i>Repetitivos</i> <i>Inapropiados (Egodistónicos)</i> <i>Ansiogénicos</i></p> <p>Considerados como producto de su propia mente.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● El sujeto tiene la necesidad de suprimirles, neutralizarles o controlarles mediante otro pensamiento o la ejecución de alguna acción</li> <li>● Descartar: Preocupaciones e ideas delirantes</li> </ul>		+ Sensación de volver a re-experimentar dicha situación traumática, mediante alguna de las siguientes formas:
<b>Obsesiones:</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>● Recuerdos intrusivos recurrentes</li> <li>● Sueños estresantes recurrentes.</li> <li>● Flashbacks: Comportarse o tener la sensación de que el evento está volviendo a ocurrir.</li> <li>● Temor, ansiedad o reacciones neurovegetativas intensas al exponerse a situaciones o a objetos relacionados con el evento.</li> </ul>
+		+ Evitación propositiva de situaciones que asemejen al evento traumático
Reconocimiento en algún momento de la enfermedad que los síntomas son excesivos e irracionalables.		+ Síntomas de "alertamiento incrementado" que previamente no se tenían

**Nota 1:** Para llegar a la conclusión diagnóstica de cualquiera de los trastornos ansiosos siempre se debe corroborar la presencia de una disminución de la funcionalidad y descartar que la sintomatología sea secundaria al uso de sustancias o alguna patología médica.

Modificado de Criterio A de Episodio Depresivo Mayor (DSM-IV-TR).

**Glosario:** Ansiedad anticipatoria: Preocupación constante y temor por presentar de nuevo AP.

2.c	Balance riesgo/ beneficio:	Beneficios Netos	<b>Evidencia</b> <sup>(Alta)</sup>
	Sugerencia de Acción:	Hazlo	
<p><b>Descartar la comorbilidad psiquiátrica.</b> Interrogar <u>SIEMPRE</u> el antecedente de por vida de la presencia de un trastorno psiquiátrico y de adicciones. Hacer énfasis en el Trastorno Depresivo Mayor (TDM).</p>			<p>La coexistencia de síntomas depresivos es muy frecuente, particularmente en aquellos cuya intensidad es severa. Con mucha frecuencia se ha descrito que gran parte de los pacientes con síntomas ansiosos, padecen también síntomas depresivos, encontrando una correlación positiva entre los índices de ansiedad y de depresión (Lieb y cols., 2005). Los estudios epidemiológicos indican que aproximadamente 62% de los sujetos que padecen ansiedad padecen de algún otro trastorno psiquiátrico (Wittchen y cols; 2005). El TDM se presenta aproximadamente en el 33.5% de las personas ansiosas, presentándose con mayor frecuencia en el TAG y en la Fobia Social.</p>

2.d	Balance riesgo/ beneficio:	Beneficios Netos	<b>Evidencia</b> <sup>(Alto)</sup>
	Sugerencia de Acción:	Hazlo	
<p><b>Exclusión de otras Entidades.</b> Descartar <u>SIEMPRE</u> que la sintomatología haya sido producida por algún trastorno por uso de sustancias, algún otro trastorno psiquiátrico o alguna patología orgánica.</p>			<p>Los síntomas ansiosos pueden ser causados por una amplia diversidad de enfermedades somáticas o psiquiátricas. De tal modo, que si no son tratadas concomitantemente, no se llega a una resolución de la sintomatología.</p>

**Tabla 2.3 Diagnóstico diferencial de los Trastornos de Ansiedad**

	Tiempo		Desencadenante	Síntomas cardinales	Síntomas acompañantes	ALV	Prev Ult. 12 meses	Intensidad (Ult. 12m)
	Dur. min.	Periodicidad de los síntomas						
Fobia Esp.	No	Episodios esporádicos, min/hrs	Estímulo fóbico (Presencia o anticipación)	Temor o síntomas ansiosos	<b>Tanto a), como b):</b> a) Reconocimiento (en algún momento de la enfermedad) que los síntomas son excesivos e irracionales b) Evitación del estímulo fóbico	7.1% (0.5)	4% (0.4)	L: 21.4% (8.5) M: 30% (4.2) S: 48.6% (4.6)
Fobia Soc.	No	Episodios esporádicos, Min/hrs	Situaciones sociales o escrutinio social (Presencia o anticipación)	Temor o síntomas ansiosos Preocupación de que el desempeño pueda ser causa de humillación o burla	<b>Tanto a), como b):</b> a) Reconocimiento (en algún momento de la enfermedad) que los síntomas son excesivos e irracionales b) Evitación de situaciones sociales	4.7% (0.4)	2.3% (0.2)	L: 34.7% (4.8) M: 43.7% (5.4) S: 21.6% (4.4)
T. P.	1 mes	Episodios esporádicos, 5-20 min	Ninguno aparente, pero el sujeto lo puede atribuir a múltiples causas	Ataques de pánico (AP) súbitos, inesperados y recurrentes	<b>1 de 3:</b> - Ansiedad anticipatoria - Preocupación constante por las repercusiones de los AP - Cambio conductual significativo relacionado con los ataques de pánico	2.1% (0.2)	1.1% (0.2)	L: 28% (8.9) M: 45.5% (8.5) S: 26.5% (7.2)
T. A. G.	6 meses	La mayor parte del día, casi todos los días	Ninguno aparente, pero el sujeto lo puede atribuir a múltiples causas	Preocupaciones y nerviosismo excesivos, cuya intensidad han debilitado el control sobre ellos	<b>3 de 6:</b> - Intranquilidad - Fatigabilidad - Concentración - Irritabilidad - Tensión muscular - Alteración en el dormir (insomnio o sueño insatisfactorio)	1.2% (0.2)	0.7% (0.2)	L: 34.5% (11) M: 46.9% (11.7) S: 18.6% (8.3)
T. O. C.	No	Min/hrs	Ninguno aparente, pero el sujeto lo puede atribuir a múltiples causas	Obsesiones y/o compulsiones	Reconocimiento en algún momento de la enfermedad que los síntomas son excesivos e irracionales	---	---	---
T. E. P. T.	1 mes	Min/hrs	Ninguno aparente o por la exposición a situaciones similares al evento traumático	Re-experimentación de la situación traumática - Recuerdos intrusivos recurrentes - Sueños estresantes recurrentes - Flashbacks - Temor, ansiedad o reacciones neurovegetativas intensas al exponerse a situaciones u objetos relacionados con el evento.	<b>Tanto a), como b):</b> a) Evitación propositiva de situaciones que asemejen al evento traumático b) Síntomas de "alertamiento incrementado" que previamente no se tenían	2.6% (0.4)	0.6% (0.1)	L: 33.5% (10.5) M: 34.1% (12.9) S: 32.4% (14.8)

Abreviaturas: TP: trastorno de pánico, TAG: trastorno de ansiedad generalizada, TOC: trastorno obsesivo compulsivo, TEPT: trastorno por estrés post-traumático, Dur. Min: duración mínima, Prev: prevalencia, ALV: prevalencia a lo largo de la vida, Ult. 12 meses: prevalencia en los últimos 12 meses, Intensidad (Ult. 12 m): Intensidad de los síntomas a lo largo de los últimos 12 meses, L: leve, M: moderado, S: severo.

Elaborado con base en criterios diagnósticos DSM-IV. Datos de prevalencia de México tomados de Medina Mora y cols., (2005).

Determinación de la Severidad			
3.a	Balance riesgo/ beneficio:	Beneficios Netos	Evidencia <sup>(Bajo)</sup>
	Sugerencia de Acción:	Hazlo	
<p>Posterior a la elaboración del diagnóstico de TA, es indispensable determinar la severidad de la sintomatología tanto numérica como categóricamente (Ver figura 3.1).</p>		<p>La determinación de la severidad diagnóstica desde el inicio del algoritmo es de gran ayuda al clínico y al paciente. Al médico, le ayuda para la correcta toma de decisiones, así como un índice de eficacia, efectividad y eficiencia del tratamiento. Y al paciente, como apoyo para favorecer el autocuidado en su tratamiento.</p>	

3.b	Balance riesgo/ beneficio:	Beneficios Netos	Evidencia <sup>(Bajo)</sup>
	Sugerencia de Acción:	Hazlo	
<p><b>Determinación numérica:</b> No existen instrumentos que se utilicen de manera estandarizada para determinar la severidad de los síntomas ansiosos.</p> <p><b>Determinación categórica:</b> Determinar la severidad de sintomatología ansiosa entre una de las siguientes 3 categorías: leve, moderado y severo. <b>Ver figura 3.2</b></p>			

**Figura 3.1. Severidad de los Trastornos Ansiosos**

Trastorno Leve	Trastorno Moderado	Trastorno Severo
La sintomatología ansiosa, sólo genera una pequeña alteración en la funcionalidad o las actividades sociales o en sus relaciones interpersonales.	Los síntomas generan una alteración en la funcionalidad o en las actividades sociales o en sus relaciones interpersonales; sin que llegue a ser severo	La sintomatología ansiosa genera alguna de las siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>● Gran alteración en la funcionalidad</li> <li>● Manifiesta ideación suicida u homicida</li> <li>● Síntomas psicóticos.</li> </ul>

**Valoración del riesgo suicida**

4.a	<b>Balance riesgo/ beneficio:</b>	Beneficios con aceptación de los riesgos	<b>Evidencia<sup>(Alto)</sup></b>
	<b>Sugerencia de Acción:</b>	Probablemente Hazlo	

<p><b>Detección General.</b>                  Realizar la detección de riesgo suicida en TODAS las evaluaciones de los pacientes que cursan con sintomatología ansiosa, mediante las siguientes dos preguntas:                  En los últimos días:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● ¿ha llegado a pensar en la muerte o en el suicidio?</li> <li>● ¿ha llegado a pensar que la vida no vale la pena sentirse desesperanzado?</li> </ul> <p>En caso de respuesta afirmativa a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar con una evaluación más exhaustiva (Recomendación 4.b) y con las preguntas sugeridas (Recomendación 4.c).</p>	<p>Uno de los principales factores de riesgo que puede desencadenar las conductas suicidas y/o autolesivas es la sintomatología ansiosa (OMS, 2003). Por lo que la valoración sistemática de riesgo suicida se recomienda en cada cita, ya sea inicial o subsecuente.</p>
---	---

4.b	<b>Balance riesgo/ beneficio:</b>	Beneficios con aceptación de los riesgos	<b>Evidencia<sup>(Bajo)</sup></b>
	<b>Sugerencia de Acción:</b>	Probablemente Hazlo	

<p><b>Valoración Exhaustiva.</b>                  Estimar el riesgo suicida mediante el interrogatorio dirigido de los factores de riesgo y los factores protectores. Es importante reconocer que la mayoría de estos factores, no simplemente están ausentes o presentes, sino que cuentan con un rango de severidad.</p>	<p>La ponderación del riesgo suicida compromete el interrogatorio empático y comprensivo de la vida del paciente. Es importante recalcar que el paciente NO DESEA PRESENTAR las ideas suicidas, y que frecuentemente evita centrar la atención en dichos pensamientos. En ocasiones es tan persistente este síntoma que el paciente puede llegar a desear la muerte, como una solución a su problemática.</p> <p>En los pacientes deprimidos, el riesgo parece ser mayor cuando no siguen su tratamiento, o piensan que no son tratables o son considerados como no tratables por los especialistas (Beck y cols., 2006); por lo que la identificación de estos síntomas en los pacientes ansiosos puede sugerir la comorbilidad con TDM.</p>
--	---



4.c	<b>Balance riesgo/ beneficio:</b>	Beneficios con aceptación de los riesgos	<b>Evidencia</b> <sup>(Bajo)</sup>
	<b>Sugerencia de Acción:</b>	Probablemente Hazlo	

**Preguntas sugeridas.**

Comenzar interrogando con preguntas sobre los deseos del paciente por mantenerse con vida.

- ¿Alguna vez ha sentido que la vida no vale la pena?
- ¿Alguna vez ha deseado continuar dormido y no despertar nunca más?

Continuar con preguntas específicas sobre pensamientos de muerte, hacerse-daño y suicidio.

- En los últimos días ¿Ha pensado frecuentemente en la muerte?
- La situación ha llegado a tal punto, ¿qué usted ha llegado a pensar en lastimarse?
- ¿ha llegado a pensar en la forma en como lo realizaría?
- ¿cuenta usted con \_\_\_\_\_ para realizar lo que ha planeado?
- ¿Se ha despedido de sus seres queridos?
- ¿Ha realizado alguna de despedida o a quien repartir sus bienes?

Muchas veces el paciente puede percibirse confundido ante la presencia de pensamientos de autolesión, y no necesariamente las expresa durante el interrogatorio, por lo que hay que interrogarle propositivamente sobre la idea de suicidio.

Las preguntas fueron realizadas con base en los factores de riesgo más relacionados con la conducta suicida (OMS, 2003; APA, 2003)

4.d	<b>Balance riesgo/ beneficio:</b>	Beneficios Netos	<b>Evidencia</b> <sup>(Bajo)</sup>
	<b>Sugerencia de Acción:</b>	Hazlo	

Realizar referencia a hospital psiquiátrico o al servicio de psiquiatría de su preferencia en los siguientes casos:

- Si el paciente contesta afirmativamente a cualquiera de las preguntas del apartado 4.c.
- Si durante el interrogatorio de los factores de riesgo se llega a la conclusión de mayores factores de riesgo que factores protectores.
- En caso de duda.

Recomendación de los autores.

4.e	<b>Balance riesgo/ beneficio:</b>	Beneficios Netos	<b>Evidencia</b> <sup>(Bajo)</sup>
	<b>Sugerencia de Acción:</b>	Hazlo	

La entrevista debe ser realizada de una manera optimista, independientemente de la severidad

Los pacientes que no han llegado a intentar el suicidio cuentan con mayores sentimientos de

del cuadro ansioso, con el objetivo de disminuir la desesperanza. Interrogar sobre las motivaciones para mantenerse con vida y alentarlas.	responsabilidad hacia su familia, más miedo de desaprobación social, mayores objeciones sociales al suicidio, mayores habilidades de supervivencia y de afrontamiento y mayor temor al suicidio, en comparación con los pacientes que realizan un intento suicida (Malone y cols., 2000; Mann y cols., 2005).
--	---

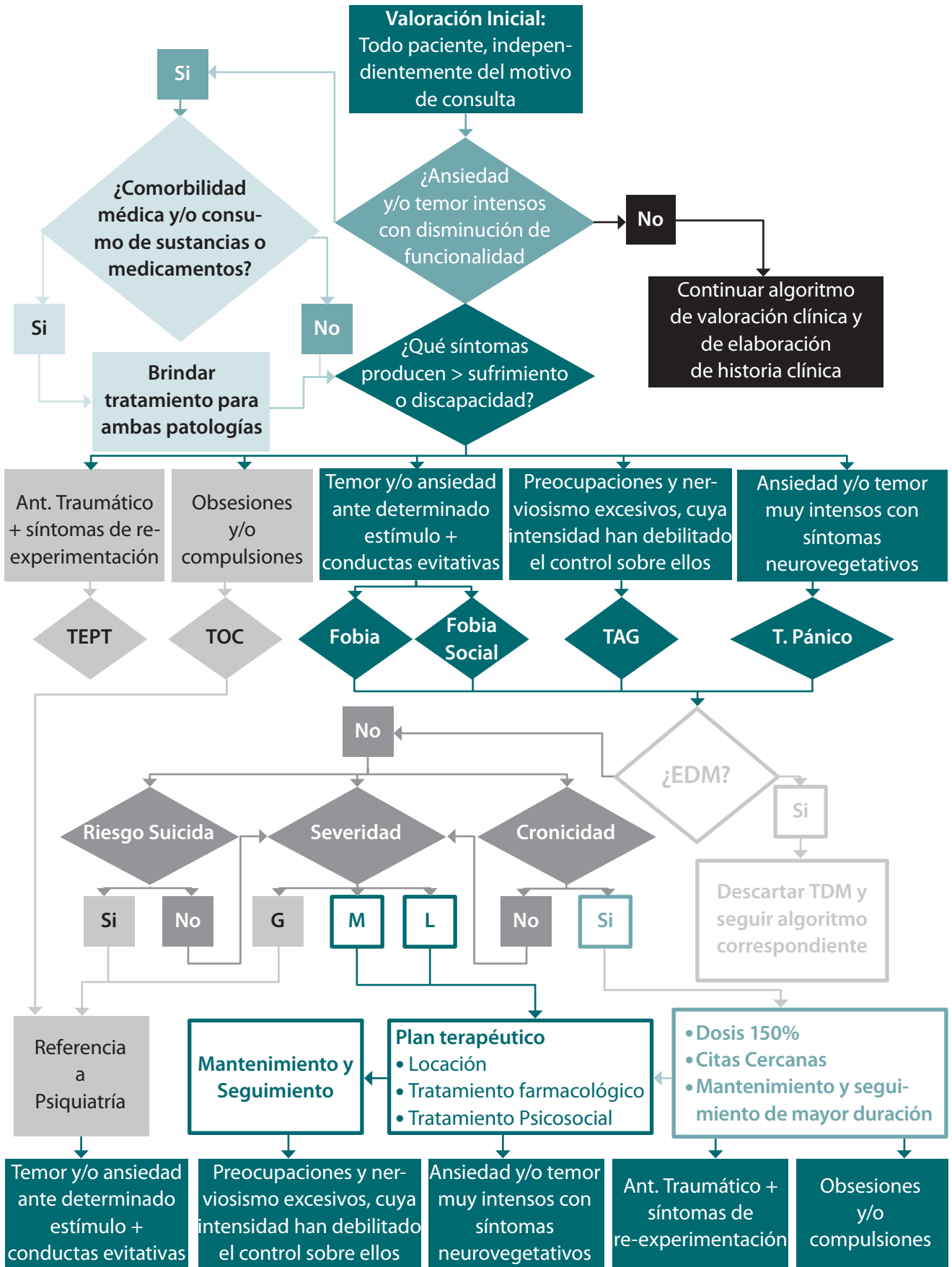
**Figura 4.1. Factores de riesgo para la conducta suicida**

Factores psicosociales	Factores biológicos	Factores familiares
<p>Estado actual</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Pérdida reciente</li> <li>● Inestabilidad familiar</li> <li>● Aislamiento social o soledad</li> <li>● Desesperanza</li> <li>● Estado civil: viudos &gt; separados/divorciados &gt; solteros &gt; casados</li> <li>● No estar viviendo con la familia o no contar con alguien</li> </ul> <p>Antecedentes de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Pérdida de los padres en la infancia</li> <li>● Inestabilidad familiar</li> </ul> <p>Rasgos de personalidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Impulsividad</li> <li>● Agresividad</li> <li>● Labilidad emocional</li> <li>● Dificultad para afrontar y resolver problemas</li> </ul>	<p>Género masculino</p> <p>Enfermedad médica actual:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Padecimientos discapacitantes</li> <li>● Padecimientos dolorosos</li> <li>● Padecimientos terminales</li> </ul> <p>Enfermedad psiquiátrica actual:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Trastorno depresivo mayor</li> <li>● Abuso/Dependencia alcohol y de otras sustancias</li> <li>● Esquizofrenia</li> <li>● Trastorno de personalidad antisocial</li> </ul> <p>Antecedentes de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Intento de suicidio previo</li> <li>● Tratamiento psiquiátrico anterior</li> <li>● Hospitalización previa por autolesiones</li> </ul>	<p>Historia familiar de trastornos psiquiátricos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Depresión</li> <li>● Esquizofrenia</li> <li>● Ansiedad</li> <li>● Enfermedad bipolar</li> <li>● Alcoholismo</li> <li>● Suicidio</li> </ul>

Modificado de Cuadro 1, de Gutiérrez y colaboradores (2006), así como datos aportados por la Guía práctica de tratamiento para pacientes con conducta suicida (APA, 2003).

**Nota:** Se decidió agregar la columna de factores familiares, por que los antecedentes heredofamiliares de algún padecimiento psiquiátrico generan riesgo, tanto por vulnerabilidad genética, así como por la convivencia.

## Algoritmo para el manejo de los Trastornos de Ansiedad



## Elaboración del plan terapéutico

5.a	<b>Balance riesgo/ beneficio:</b>	Beneficios Netos	<b>Evidencia</b> <sup>(Bajo)</sup>
	<b>Sugerencia de Acción:</b>	Hazlo	
<p><b>Objetivo.</b> El objetivo del tratamiento es alcanzar la remisión de la sintomatología, y reestablecer la funcionalidad óptima del paciente.</p>		<p>La historia natural de las enfermedades ansiosas apuntan a un curso crónico, por lo cual es recomendable que el objetivo del tratamiento sea la remisión de la sintomatología (Lieb y cols., 2005).</p> <p>Como se ha comentado en secciones previas, hasta el momento no existen estudios que demuestren la eficacia de políticas de salud pública mental en el pronóstico a largo plazo (Durham, 2007).</p>	

5.b	<b>Balance riesgo/ beneficio:</b>	Beneficios con aceptación de los riesgos	<b>Evidencia</b> <sup>(Bajo)</sup>
	<b>Sugerencia de Acción:</b>	Hazlo	
<p><b>Permitir al paciente participar en la elección de su tratamiento.</b> Conversar con el paciente sobre las diferentes modalidades del tratamiento para los síntomas ansiosos, explicándole detalladamente los pros y los contras de cada una. Posteriormente ayudarle a decidir entre la mejor opción para él y su familia. Incluyendo un análisis costo-beneficio y disponibilidad.</p>		<p>Una de las tendencias actuales en la medicina moderna es incluir las preferencias del paciente en la toma de decisiones sobre su tratamiento. Si bien es cierto, no existe evidencia que demuestre efectividad en dicha acción, no cabe duda que cualquier persona tiene derecho de decidir sobre su tratamiento. Posterior a la psicoeducación sobre las ventajas y desventajas del tratamiento farmacológico y psicoterapéutico, así como la elaboración de las redes de apoyo, es indispensable que el paciente se perciba parte integral en la toma de decisión de su tratamiento. Se ha postulado que mejora la adherencia terapéutica; sin embargo, queda pendiente la validación empírica de estos datos (Pinquart y cols., 2006).</p>	

5.c	Balance riesgo/ beneficio:	Beneficios Netos	<b>Evidencia</b> <sup>(Bajo)</sup>
	Sugerencia de Acción:	Hazlo	
<p><b>Plan General.</b> Elaborar el plan terapéutico, con base en la severidad diagnóstica (leve, moderado, severo), determinando los siguientes pautas:</p> <p>a) Locación b) Tratamiento farmacológico c) Tratamiento psicosocial</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Psicoeducación</li> <li>● Elaboración de redes de apoyo</li> <li>● Tratamiento psicoterapéutico</li> </ul>			<p>El plan general del tratamiento, debe de contener varios apartados, sin embargo, los más importantes son la locación, y la elección asertiva entre los tratamientos psicosociales y farmacológicos. En relación con la elección de la locación no existe evidencia que demuestre la eficacia a largo plazo. Sin embargo, la elección entre un tratamiento ambulatorio o por internamiento hospitalario tiene trascendencia vital en la vida del paciente (National Health Committee, 1998; McManus, 2007; Nash, 2007).</p>
5.d	Balance riesgo/ beneficio:	Beneficios Netos	<b>Evidencia</b> <sup>(Alto)</sup>
	Sugerencia de Acción:	Hazlo	
<p>La elección sobre el tratamiento psicosocial y el tratamiento farmacológico deberá realizarse posterior a un meticuloso análisis del paciente y con base en el diagnóstico.</p>			<p>Dependiendo del subtipo de trastorno ansioso, existen ciertas particularidades en el tratamiento que deben ser tomadas en cuenta. Por lo cual no existe un tratamiento que cuente con efectividad en todos los trastornos ansiosos.</p>
5.e	Balance riesgo/ beneficio:	Beneficios Netos	<b>Evidencia</b> <sup>(Bajo)</sup>
	Sugerencia de Acción:	Hazlo	
<p>Otorgar psicoeducación con el objetivo de favorecer la adherencia terapéutica, con base en la fisiopatología e historia natural de la enfermedad.</p> <p>Se pueden utilizar mensajes tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Los ansiolíticos carecen de potencial adictivo</li> <li>● El efecto se alcanza después de 2 a 4 semanas de tratamiento, con tomas diarias del medicamento.</li> <li>● No suspender el tratamiento, a pesar de percibir mejoría, ya que existe un mayor riesgo de recaída.</li> <li>● Los efectos adversos leves son frecuentes, pero usualmente temporales.</li> <li>● Consultar dudas con el médico tratante.</li> </ul>			<p>De manera similar, que en otras ramas de la medicina, el otorgar información suficiente al paciente, favorece la conciencia de enfermedad, el apego al tratamiento y la confianza en el equipo de trabajo (National Health Committee, 1998).</p>

**Figura 5.1. Elementos del plan terapéutico**

	Trastorno leve	Trastorno moderado	Trastorno severo
<b>Locación</b>	Consulta Externa. Valorar internamiento médico y/o psiquiátrico en caso de comorbilidad.	Consulta Externa. Valorar internamiento médico y/o psiquiátrico en caso de comorbilidad.	Hospitalización Psiquiátrica.
<b>Tratamiento farmacológico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Igual efectividad que la psicoterapia</li> </ul> Iniciar cuando: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Existan datos de cronicidad (considerar en conjunto con psicoterapia).</li> <li>• Ponderación económica</li> <li>• Solicitud del paciente</li> </ul>	Igual que en columna previa.	Debe ser determinado por médico psiquiatra.
<b>Tratamiento psicosocial</b>			
<b>Psicoeducación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Historia natural de la enfermedad</li> <li>● Aspectos básicos sobre neurobiología de la ansiedad,</li> <li>● Por qué el uso de psicofármacos y/o psicoterapia</li> <li>● Evitar: "échale ganas"</li> <li>● Cultura del autocuidado</li> <li>● Favorecer apego y adherencia al plan terapéutico</li> </ul>	Igual que en columna previa, más: <ul style="list-style-type: none"> <li>● Detección oportuna de síntomas sugerentes de autolesión</li> <li>● Asesorar sobre el impacto en el funcionamiento</li> </ul>	Necesidad del tratamiento intrahospitalario
<b>Elaboración de Redes de Apoyo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Incluir a la familia y personas interesadas en el paciente</li> <li>● Psicoeducación igual que al paciente</li> </ul>	Igual que en columna previa, más: <ul style="list-style-type: none"> <li>● Detección oportuna de síntomas sugerentes de autolesión</li> <li>● Favorecer apoyo en actividades profesionales y cotidianas</li> </ul>	Siempre buscar el apoyo, que conduzca al paciente a la unidad psiquiátrica cercana
<b>Tratamiento psicoterapéutico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Igual efectividad que la farmacoterapia</li> </ul> Iniciar cuando: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se cuente con el entrenamiento</li> <li>• Existan datos de cronicidad (considerar en conjunto con farmacoterapia)</li> <li>• Ponderación económica</li> <li>• Solicitud del paciente</li> </ul>	Igual que en columna previa, más: <ul style="list-style-type: none"> <li>● El tratamiento conjunto con farmacoterapia ha demostrado mejoría a largo plazo</li> </ul>	Otorgado por especialistas, siempre en el ámbito hospitalario.

Elaborado con base en (National Health Committee, 1998; Durham, 2007; Nash, y cols., 2007; APA, 2005).

**Figura 5.2. Medicamentos utilizados en el tratamiento de T. de ansiedad**

Nombre Genérico	Nombre comercial	Dosis (mg/d) <sup>A</sup>		Comentarios
		Inicial	Usual	
<b>Tricíclicos y tetracíclicos<sup>B</sup></b>				
Amitriptilina	Anapsique, Tryptanol	25	100-300	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Generan efectos anticolinérgicos (sequedad de boca, visión borrosa, retención urinaria, constipación),</li> <li>● Puede ↑ intervalo QT. Valorar función cardíaca (EKG) alcanzando dosis efectiva. Su sobredosis, puede ser fatal; valorar riesgo suicida.</li> <li>● Su venta requiere receta médica.</li> </ul>
Clomipramina	Anafranil	25	100-250	
Doxepina	Sinequan	25	100-300	
Imipramina	Tofranil, Talpramin	25	100-300	
Maprotilina	Ludiomil	25	100-300	
Mianserina	Tolvon	25	100-300	
<b>ISRS</b>				
Citalopram	Seropram, Citox	20	20-60	<ul style="list-style-type: none"> <li>● La mayoría inhibe a las isoenzimas p-450</li> <li>● Son mejor tolerados que los tricíclicos y son mejor tolerados en sobredosis.</li> <li>● Los de vida media corta pueden generar síntomas de discontinuación en la suspensión abrupta.</li> <li>● Valorar presencia de insomnio/sedación para determinar el horario de ingesta.</li> </ul>
Escitalopram	Lexapro	10	10-20	
Fluoxetina	Prozac, Fluoxac, otros	20	20-60	
Fluvoxamina	Luvox, Vuminix	50	50-300	
Paroxetina	Paxil, Xerenex	20	20-60	
Sertralina	Artruline, Sertex, Aleva	50	50-200	
<b>Agonista 5HT<sub>1A</sub></b>				
Bupiriona	Buspar	5	10	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Escasa información en la efectividad a corto y a largo plazo</li> </ul>
<b>IRSN</b>				
Venlafaxina	Efexor, Benolaxe, Odven	37.5	75-225	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Venlafaxina: Las dosis altas pueden generar hipertensión.</li> </ul>
Duloxetina	Cymbalta	60	60-120	
<b>Estabilizadores del ánimo</b>				
Carbonato de Litio	Litheum, Carbolit	150	300	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Se ha utilizado como coadyuvante.</li> <li>● No se recomienda como fármaco de primera línea</li> <li>● Se debe determinar la concentración sanguínea</li> </ul>
<b>Modulador NE-serotonina</b>				
Mirtazapina	Remeron, Comenter	15	15-45	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Cuenta con gran potencial sedante.</li> <li>● Útil en pacientes con insomnio intenso</li> </ul>
<b>IMAO</b>				
Moclobemida	Aurorex	150	300-600	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Su venta requiere receta médica. El uso concomitante con otros antidepresivos puede generar toxicidad.</li> </ul>
<b>Benzodiacepinas</b>				
Alprazolam	Tafil, Alzam	0.25	0.5-2	<ul style="list-style-type: none"> <li>● No son fármacos de uso rutinario o de primera línea</li> <li>● Eficaces para tratar síntomas muy intensos</li> <li>● Se recomienda el uso por breves periodos de tiempo</li> <li>● El uso crónico puede generar alteración en la concentración y en memoria</li> <li>● Cuenta con potencial adictivo</li> <li>● Su venta requiere receta médica</li> </ul>
Bromacepam	Lexotan, Otedram	1.5	3-6	
Clonacepam	Rivotril, Kriadex	0.5	2-6	
Diazepam	Valium, Ortopsiq	5	10-30	
Loracepam	Ativan, Lozam	1	2-6	

Nombre Genérico	Nombre comercial	Dosis (mg/d) <sup>A</sup>		Comentarios
		Inicial	Usual	
<b>Antipsicóticos atípicos</b>				
Olanzapina	Zyprexa	2.5	5	<ul style="list-style-type: none"> <li>● No son fármacos de primera línea</li> <li>● Su uso se ha relacionado con aumento de peso y la presencia de Diabetes Mellitus</li> </ul>
Quetiapina	Seroquel	10	10-100	
<b>Anticomisiales</b>				
Gabapentina	Bapex, Gabantin	0.25	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Se ha utilizado la pregabalina como monoterapia en el TAG. Su eficacia a largo plazo está en investigación.</li> </ul>
Pregabalina	Lyrica	75	300-600	
<b>β-bloqueadores</b>				
Pindolol	Visken	5	10	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Evitar su uso en pacientes con asma, insuficiencia cardíaca, y enfermedad vascular periférica</li> <li>● Cuentan con múltiples interacciones farmacológicas</li> <li>● Útiles para mitigar síntomas neurovegetativos</li> </ul>
Propranolol	Inderalici	10	20-60	

**Abreviaturas.** **ISRS:** Inhibidores selectivos de recaptura de serotonina; **IRDN:** Inhibidores de recaptura de dopamina/norepinefrina; **IRSN:** Inhibidores de recaptura de serotonina/norepinefrina, **IMAO:** Inhibidores de la Mono-aminoxidasa, **ISRN:** Inhibidores selectivos de la recaptura de noradrenalina; **EKG:** electrocardiograma.

**Notas:**

A. Las dosis generalmente son menores en pacientes de la tercera edad, en pacientes con trastornos de ansiedad, enfermedad hepática o renal.

Modificado de Tabla 1, (Muller y cols., 2000).



## Recomendaciones particulares sobre el tratamiento.

6.a	Balance riesgo/ beneficio:	La intervención comporta beneficios y riesgos	Evidencia <sup>(Bajo)</sup>
	Sugerencia de Acción:	Probablemente hazlo	
<p><b>Trastorno de Ansiedad Generalizada.</b> Una vez elaborado el diagnóstico, se recomiendan las siguientes pautas:</p> <p><b>Tratamiento agudo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Utilizar tratamientos basados en evidencia: Algunos IRSS (escitalopram, paroxetina, sertralina), venlafaxina, imipramina, buspirona y terapia cognitivo conductual.</li> <li>● El tratamiento con benzodiazepinas no es de primera línea por el riesgo de dependencia.</li> <li>● El uso de IRSS es de primera línea.</li> <li>● El uso de dosis altas de IRSS o venlafaxina se asocia con mejores tasas de respuesta.</li> <li>● Informar que la eficacia al tratamiento se evalúa entre la 8 y 12 semana.</li> </ul> <p><b>Tratamiento a largo plazo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Continuar el tratamiento por 6 meses, en aquellos que presentaron respuesta a las 12 semanas.</li> <li>● Los tratamientos que han demostrado mayor eficacia a largo plazo son paroxetina y escitalopram.</li> <li>● La Terapia cognitivo conductual puede reducir las recaídas en comparación de los medicamentos.</li> <li>● No existe evidencia que avale la efectividad del uso de benzodiazepinas a largo plazo.</li> </ul> <p><b>Criterios de referencia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Trastorno severo</li> <li>● Comorbilidad entre trastornos psiquiátricos moderados.</li> <li>● Presencia de ideación suicida o síntomas psicóticos.</li> <li>● Resistencia al tratamiento.</li> <li>● Severidad moderada con cronicidad.</li> </ul>			

6.b	<b>Balance riesgo/beneficio:</b>	La intervención comporta beneficios y riesgos	<b>Evidencia</b> <sup>(Bajo)</sup>
	<b>Sugerencia de Acción:</b>	Probablemente Hazlo	

### Trastorno de Pánico.

Una vez elaborado el diagnóstico, se recomiendan las siguientes pautas:

#### Tratamiento agudo

- Utilizar tratamientos basados en evidencia: Todos los IRSS, algunos antidepresivos tricíclicos (clomipramina, imipramina) algunas benzodiazepinas (alprazolam, clonacepam, diazepam, loracepam) y terapia cognitivo conductual.
- El tratamiento con benzodiazepinas no es de primera línea por el riesgo de dependencia; sin embargo son muy útiles para controlar síntomas muy discapacitantes o intensos. Si se decide utilizarles, es prudente utilizarles por un breve periodo de tiempo.
- El uso de IRSS es de primera línea
- La presencia de efectos adversos al inicio del tratamiento, puede disminuirse con un incremento paulatino de la dosis.
- Informar que la eficacia al tratamiento se evalúa entre la 8 y 12 semana.

#### Tratamiento a largo plazo

- La terapia cognitivo conductual con exposición puede disminuir la tasa de recaídas en mayor medida que la farmacoterapia.
- Continuar el tratamiento por 6 meses, en aquellos que presentaron respuesta a las 12 semanas.
- Los IRSS son el tratamiento de primera línea y la imipramina de segunda línea.
- No existe evidencia que avale la efectividad del uso de benzodiazepinas a largo plazo.

#### Criterios de referencia

- Trastorno severo.
- Comorbilidad entre trastornos psiquiátricos moderados.
- Presencia de ideación suicida o síntomas psicóticos.
- Resistencia al tratamiento.
- Severidad moderada con cronicidad

6.c	Balance riesgo/ beneficio:	La intervención comporta beneficios y riesgos	Evidencia <sup>(Bajo)</sup>
	Sugerencia de Acción:	Probablemente Hazlo	
<p><b>Fobia simple y social.</b> Una vez elaborado el diagnóstico, se recomiendan las siguientes pautas:</p> <p><b>Tratamiento agudo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Utilizar tratamientos basados en evidencia: La mayoría de los IRSS (escitalopram, fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina y sertralina), venlafaxina (clomipramina, imipramina) algunas benzodiacepinas (bromacepam, clonacepam) y terapia cognitivo conductual.</li> <li>● El tratamiento con benzodiacepinas no es de primera línea.</li> <li>● El uso de IRSS es de primera línea.</li> </ul> <p><b>Tratamiento a largo plazo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● La terapia cognitivo conductual con exposición puede disminuir la tasa de recaídas en mayor medida que la farmacoterapia.</li> <li>● Continuar el tratamiento por 6 meses, en aquellos que presentaron respuesta a las 12 semanas.</li> </ul> <p><b>Criterios de referencia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Trastorno severo</li> <li>● Comorbilidad entre trastornos psiquiátricos moderados.</li> <li>● Presencia de ideación suicida o síntomas psicóticos.</li> <li>● Resistencia al tratamiento.</li> <li>● Severidad moderada con cronicidad.</li> </ul>			

6.d	Balance riesgo/ beneficio:	La intervención comporta beneficios y riesgos	Evidencia <sup>(Bajo)</sup>
	Sugerencia de Acción:	Probablemente Hazlo	
<p><b>Trastorno Obsesivo compulsivo y trastorno por estrés postraumático.</b> Una vez elaborado el diagnóstico de ansiedad generalizada, se recomiendan las siguientes pautas:</p> <p><b>Criterios de referencia</b> Todos los casos</p>			

## Aspectos Éticos

La consideración de los aspectos éticos en el campo de la salud es elemental para realizar un ejercicio profesional óptimo y para ofrecer un mayor compromiso, y respeto a la dignidad de los pacientes. De esta forma, las tareas cotidianas de la práctica clínica, conllevan una serie de obligaciones y responsabilidades éticas para el profesional de la salud. A continuación se presentan los requerimientos éticos más importantes que todo especialista en el área de la salud debe tomar en cuenta y aplicar en su práctica clínica.

### Consideraciones éticas en la relación con el paciente

#### Competencia mental

Reconocer en los enfermos mentales una competencia limitada, y en ningún caso desconocerla erróneamente o arbitrariamente impedir la autonomía del paciente.

#### Decisiones informadas

Mientras mayor cantidad de información reciba el paciente sobre su diagnóstico y tratamiento, mayores serán las posibilidades de que él tome decisiones clínicas.

#### Confidencialidad

Salvaguardar la información que el paciente expresó durante el encuentro clínico con el especialista.

#### Veracidad

El paciente debe conocer verazmente todo lo que se relacione a su enfermedad para tomar decisiones médicas.

### Principios éticos

#### Respeto por las personas

- Respetar la autonomía de las personas
- Proteger a las personas con autonomía disminuida o deteriorada.

#### Beneficencia

- Maximizar el beneficio y minimizar el daño en el tratamiento.
- No causar daño deliberadamente.

#### Justicia

Tratar a cada persona de acuerdo con lo que se considera correcto y apropiado.

#### Solidaridad

Ser solidario con el paciente en situaciones en donde existan distintas necesidades.

#### Responsabilidad

Responder voluntariamente a las necesidades del paciente.

## Pautas éticas para profesionales de la salud

- 1) El profesional de la salud estará dedicado a proveer cuidado clínico competente, con compasión y respeto por la dignidad y derechos humanos.
- 2) El profesional de la salud mantendrá los estándares de profesionalismo, deberá ser honesto en todas las interacciones profesionales, y estará dispuesto a reportar especialistas deficientes en carácter o competencia, o que están involucrados en fraude, ante las instancias apropiadas.
- 3) El profesional de la salud respetará los derechos de los pacientes, colegas, y otros profesionales de la salud, y salvaguardará las confidencias y privacidad del paciente dentro de los límites legales.
- 4) El profesional de la salud deberá continuar estudiando, aplicando y avanzando en el conocimiento científico, mantendrá un compromiso con la educación médica, dará información relevante a los pacientes, colegas, y al público, hará consultas y usará los talentos de otros profesionales de la salud cuando esté indicado.
- 5) El profesional de la salud deberá en la provisión del cuidado apropiado al paciente, excepto en emergencias, ser libre de escoger a quien servir, con quien asociarse, y el ambiente en el cual dar atención médica.
- 6) El profesional de la salud deberá reconocer la responsabilidad que tiene para participar en actividades que contribuyan al mejoramiento de la comunidad y el mejoramiento de la salud pública.
- 7) El profesional de la salud deberá, mientras cuida de un paciente, considerar como lo más importante la responsabilidad que tiene con el paciente.
- 8) El profesional de la salud deberá apoyar que todas las personas tengan acceso a la atención médica.

## Derechos humanos de los enfermos mentales

- Recibir la mejor atención disponible en materia de salud y salud mental.
- Ser respetadas de acuerdo con la dignidad inherente a la persona humana.
- Contar con la protección que evite la explotación económica, sexual o de otra índole, el maltrato físico y el trato degradante.
- No sufrir discriminación por su condición de enfermo mental.
- Ejercer todos los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales que les permita el ordenamiento nacional.
- Nombrar un representante personal.
- Tener información sobre las normas que lo rigen y del personal que estará a cargo de su atención, si es que ingresa a un hospital.
- Gozar de un ambiente seguro, higiénico y humano que garantice condiciones adecuadas de alimentación, habitación, atención médica profesional y espacio seguro.
- Tener acceso a los servicios de laboratorio y gabinete para lograr un diagnóstico certero y oportuno.
- Recibir información veraz, concreta y respetuosa.
- Negarse a participar como sujetos de investigación científica.
- Solicitar la revisión médica de su caso.
- Recibir un tratamiento orientado a la reintegración a la vida familiar, laboral y social, por medio de programas de terapia ocupacional, educativa y de rehabilitación psicosocial.
- Comunicarse libremente con otras personas dentro y fuera del hospital.

## Referencias

Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, de Girolamo G, Graaf R, Demyttenaere K, Gasquet I, Haro JM, Katz SJ, Kessler RC, Kovess V, Lépine JP, Ormel J, Polidori G, Russo LJ, Vilagut G, Almansa J, Arbabzadeh-Bouchez S, Autonell J, Bernal M, Buist-Bouwman MA, Codony M, Domingo-Salvany A, Ferrer M, Joo SS, Martínez-Alonso M, Matschinger H, Mazzi F, Morgan Z, Morosini P, Palacín C, Romera B, Taub N, Vollebergh WA; ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators, European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project: Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2004; 420:21-27

American Psychiatric Association: Practice Guideline For The Treatment Of Patients With Suicidal Behaviors, 1ed. Edited by Jacobs DG. Arlington, Virginia, USA, American Psychiatric Publishing, 2003

American Psychiatric Association: Practice Guideline For The Treatment Of Patients With Major Depressive Disorders, 2 ed. Edited by Karasu TB. Arlington, Virginia, USA, American Psychiatric Publishing, 2005

Atkins D, Briss P, Eccles M, Flottorp S, Guyatt G, Harbour R, Hill S, Jaeschke R, Liberati A, Magrini N, Mason J, Connell D, Oxman A, Phillips B, Schünemann H, Tan-Torres T, Vist G, Williams J: The GRADE Working Group: Systems for grading the quality of evidence and the strength of recommendations II: Pilot study of a new system. *BMC Health Services Research* 2005; 5(1):25

Atkins D, Briss P, Eccles M, Flottorp S, Guyatt G, Harbour R, Hill S, Jaeschke R, Liberati A, Magrini N, Mason J, Connell D, Oxman A, Phillips B, Schünemann H, Tan-Torres T, Vist G, Williams J, The GRADE Working Group: Systems for grading the quality of evidence and the strength of recommendations I: Critical appraisal of existing approaches The GRADE Working Group. *BMC Health Services Research* 2004; 4(1)38

Baldwin DS, Anderson I, Nutt D, Bandelow B, Bond A, Davidson J, den Boer JA, Fineberg N, Knapp M, Scott J, Wittchen H: Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol* 2005; 19(6):567-96

Beck AT, Brown G, Berchick R, Stewart B, Steer R: Relationship Between Hopelessness and Ultimate Suicide: A Replication With Psychiatric Outpatients. *Focus* 2006; 4(2):291-296

Braunstein, G.D: The Endocrine Society Clinical Practice Guideline and The North American Menopause Society position statement on androgen therapy in women: another one of Yogi's forks. *J Clin Endocrinol Metab* 2007; 92(11):4091-4093

Canadian Psychiatric Association: Clinical practice guidelines. Management of anxiety disorders. *Can J Psychiatry* 2006; 51(8)(2 suppl):9-91

Cassano P, Fava M: Depression and public health: an overview. *J Psychosom Res* 2002; 53(4):849-857

- Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR: A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50(12):975-90
- Cloninger CR: Biology of personality dimensions. *Current Opinion in Psychiatry* 2000; 13(6):611-616
- Dahm P, Kunz R, Schunemann H: Evidence-based clinical practice guidelines for prostate cancer: the need for a unified approach. *Curr Opin Urol* 2007; 17(3):200-207
- Durham RC: Treatment of generalized anxiety disorder. *Psychiatry* 2007; 6(5):183-187
- Fifer SK, Mathias SD, Patrick DL, Mazonson PD, Lubeck DP, Buesching DP: Untreated anxiety among adult primary care patients in a Health Maintenance Organization. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51(9):740-750
- GRADE Working Group: Grading quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ* 2004; 328(7454):1490
- Gutierrez-Garcia AG, Contreras CM, Orozco-Rodriguez RC: Suicide: current concepts. *Salud Mental* 2006; 29(5):66-74
- Guyatt GH, Oxman A, Vist G, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P, Schünemann H: GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ* 2008; 336(7650):924-926
- Kessler R.C, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE: Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005b; 62(6):593-602
- Kessler R.C: The global burden of anxiety and mood disorders: putting the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) findings into perspective. *J Clin Psychiatry* 2007; 68(2 suppl):10-19
- Kessler RC, Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE: Prevalence, Severity, and Comorbidity of 12-Month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005a; 62(6):617-627
- Kroenke K, Spitzer R, Williams J, Monahan P, Löwe B: Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Ann Intern Med* 2007; 146(5):317-25
- Lara-Muñoz C: Social cost of mental disorders: Disability and work days lost. Results from the Mexican survey of psychiatric epidemiology. *Salud Mental* 2007; 30(5):4-11
- Lieb R, Becker E, Altamura C: The epidemiology of generalized anxiety disorder in Europe. *Eur Neuropsychopharmacol* 2005; 15(4):445-452
- Lynch P, Galbraith KM: Panic in the emergency room. *Can J Psychiatry* 2003; 48(6):361-366

Madhukar H.T, Beverly A.K: Algorithm for the treatment of chronic depression. *The Journal of Clinical Psychiatry* 2001; 62:22

Malone KM, Oquendo M, Haas G, Ellis S, Li S, Mann J: Protective factors against suicidal acts in major depression: reasons for living. *Am J Psychiatry* 2000; 157(7):1084-1088

Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, Hegerl U, Lonnqvist J, Malone K, Marusic A, Mehlum L, Patton G, Phillips M, Rutz W, Rihmer Z, Schmidtke A, Shaffer D, Silverman M, Takahashi Y, Varnik A, Wasserman D, Yip P, Hendin H: Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA* 2005; 294(16):2064-2074

Marciniak MD, Lage MJ, Dunayevich E, Russell JM, Bowman L, Landbloom RP, Levine LR: The cost of treating anxiety: the medical and demographic correlates that impact total medical costs. *Depress Anxiety* 2005; 21(4):178-184

McManus FV: Assessment of anxiety. *Psychiatry* 2007; 6(4):149-155

Medina-Mora M.E, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco J, Fleiz C, Villatoro J, Rojas E, Zambrano J, Casanova L, Aguilar-Gaxiola S: Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental* 2003; 26(4):1-16

Medina-Mora ME, Benjet C, Blanco J, Fleiz C, Villatoro J, Rojas E, Zambrano J: Prevalence, service use, and demographic correlates of 12-month DSM-IV psychiatric disorders in Mexico: results from the Mexican National Comorbidity Survey. *Psychol Med* 2005; 35(12):1773-1783

Medina-Mora ME, ME, Borges G, Benjet C, Lara C, Berglund P: Psychiatric disorders in Mexico: lifetime prevalence in a nationally representative sample. *The British Journal of Psychiatry* 2007; 190(6):521-528

Michael T, Zetsche U, Margraf J: Epidemiology of anxiety disorders. *Psychiatry* 2007; 6(4):136-142

Ministry of Health Services: GPAC: Guidelines and Protocols Advisory Committee. Depression (MDD) - Diagnosis and Management. British Columbia, Ministry of Health Services, 2004

Nash, J. and D. Nutt: Psychopharmacology of anxiety. *Psychiatry*, 2007. 6(4): p. 143-148.

National Health Committee: Guidelines for Assessing and Treating Anxiety Disorders. Edited by Busnell J. Wellington, New Zealand, National Health Committee, 1998

Nisenson LG: The nature and prevalence of anxiety disorders in primary care. *General Hospital Psychiatry* 1998; 20(1):21-28

Organización Mundial de la Salud: Informe mundial sobre la violencia y la salud. Edited by Krug EG. Ginebra, Suiza, Organización Mundial de la Salud 2003

Organización Mundial de la Salud: Informe sobre la salud en el mundo 2001. *Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra, Suiza, Organización Mundial de la Salud 2001



Organización Mundial de la Salud: Proyecto de política de salud mental. Paquete de orientación sobre política y servicios. Edited by Saraceno B and Funk M. Suiza, OMS, 2001.

Pinquart M, Duberstein PR, Lyness JM: Treatments for later-life depressive conditions: a meta-analytic comparison of pharmacotherapy and psychotherapy. *Am J Psychiatry* 2006; 163(9): 1493-501

Schunemann HJ, Hill SR, Kakad M, Bellamy R, Uyeki TM, Hayden FG, Yazdanpanah Y, Beigel J, Chotpitayasunondh T, Del Mar C, Farrar J, Tran TH, Ozbay B, Sugaya N, Fukuda K, Shindo N, Stockman L, Vist GE, Croisier A, Nagjdaliyev A, Roth C, Thomson G, Zucker H, Oxman AD: WHO Rapid Advice Guidelines for pharmacological management of sporadic human infection with avian influenza A (H5N1) virus. *Lancet Infect Dis* 2007; 7(1):21-31

Secretaría de Salud: Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico, 1998 <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/168ssa18.html>.

Sherbourne CD, Wells K, Meredith L, Jackson C, Camp P: Comorbid anxiety disorder and the functioning and well-being of chronically ill patients of general medical providers. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53(10):889-895

Wierman ME, Basson R, Davis SR, Khosla S, Miller KK, Rosner W, Santoro N: Androgen therapy in women: an Endocrine Society Clinical Practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab* 2006; 91(10):3697-710

Wittchen H, Jacobi F: Size and burden of mental disorders in Europe--a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology* 2005; 15(4): 357-376

World Health Organization: Guidelines for WHO Guidelines. Geneva, Switzerland, Global Programme on Evidence for Health Policy, 2003

DIRECTORIO SECTORIAL	DIRECTORIO INSTITUCIONAL
<p style="text-align: center;"><b>SECRETARÍA DE SALUD</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ</b></p>
<p>Dr. José Ángel Córdova Villalobos <b>Secretario de Salud</b></p> <p>Dr. Mauricio Hernández Ávila <b>Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud</b></p> <p>Dra. Maki Ortiz Domínguez <b>Subsecretaria de Innovación y Calidad</b></p> <p>Dr. Romeo Rodríguez Suárez <b>Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad</b></p>	<p>Dra. Ma. Elena Medina-Mora Icaza <b>Directora General</b></p> <p>Mtra. Guillermina Natera Rey <b>Directora de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales</b></p> <p>Dr. Héctor Sentíes Castela <b>Director de Enseñanza</b></p> <p>Dr. Francisco Pellicer Graham <b>Director de Investigaciones en Neurociencias</b></p> <p>Dr. Armando Vázquez López-Guerra <b>Director de Servicios Clínicos</b></p>
<p style="text-align: center;"><b>CONSEJO NACIONAL DE SALUD MENTAL</b></p>	
<p>T.R. Virginia González Torres <b>Secretaria Técnica del Consejo Nacional de Salud Mental</b></p> <p>Ing. Luis Acosta del Lago <b>Director de Normatividad y Coordinación Institucional</b></p> <p>Lic. Susana Moya Villar <b>Directora de Desarrollo de Modelos de Atención en Salud Mental</b></p>	

