



Guía de Recomendaciones Clínicas

Ansiedad





Edita:
Dirección General de Organización de las Prestaciones Sanitarias
Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias

Diseña:
Diéresis Comunicación, S.L.

Imprime:
Imprenta Narcea, S.L.

Depósito Legal:
AS-5599-2006



ÍNDICE DE CONTENIDOS

PRIMERA PARTE

PROCESO DE DESARROLLO DE RECOMENDACIONES CLÍNICAS

A.	PRESENTACIÓN	5
B.	OBJETIVOS DE LAS RECOMENDACIONES CLÍNICAS	8
C.	ASPECTOS CLÍNICOS CUBIERTOS	9
D.	POBLACIÓN A LA QUE SE DIRIGEN LAS RECOMENDACIONES	9
E.	GRUPO DE PROFESIONALES QUE HAN DESARROLLADO EL PCAI CLÍNICO	10
F.	PROFESIONALES A LOS QUE VA DESTINADO	10
G.	METODOLOGÍA DE ELABORACIÓN DE LA GUÍA	11
1.	Identificación de profesionales y elaboración de la guía de trabajo	11
2.	Selección de guías de práctica clínica	11
3.	Definición y asignación de apartados para cada integrante ...	11
4.	Elaboración de las recomendaciones	11
5.	Evaluación y consenso de las recomendaciones	12
6.	Evaluación y consenso de la factibilidad de la implantación de las recomendaciones seleccionadas por los grupos	12
7.	Propuesta de estructura y formato de las recomendaciones clínicas	12
8.	Propuesta de estructura y formato de las recomendaciones clínicas	12
9.	Tabla de clasificación de los niveles de evidencia y grado de recomendación	13
10.	Procedimiento de actualización	13

SEGUNDA PARTE

RECOMENDACIONES CLÍNICAS

A.	INTRODUCCIÓN A LAS RECOMENDACIONES CLÍNICAS	15
B.	RECOMENDACIONES CLAVE	16
C.	RECOMENDACIONES GENERALES	17
	1. PRINCIPIOS DE MANEJO GENERAL	17
	2. MENSAJES CLAVE DE INFORMACIÓN PARA TRANSMITIR A LOS PACIENTES CON TRASTORNOS DE ANSIEDAD	19
	3. DEFINICIÓN DE ANSIEDAD Y SU DETECCIÓN	20
	4. DIAGNÓSTICO	22
	4.1. Diagnóstico diferencial de la ansiedad con trastornos orgánicos	22
	4.2. Diagnóstico diferencial con otros trastornos psiquiátricos	22
	4.3. Diagnóstico diferencial entre los trastornos de ansiedad	23
	5. TRATAMIENTO	25
	5.1. Consideraciones generales	25
	5.2. Tratamientos psicológicos	28
	5.3. Tratamientos para cada tipo de trastorno	29
	6. INTERVENCIÓN SOCIAL	40
	7. MONITORIZACIÓN Y SEGUIMIENTO	41
D.	BIBLIOGRAFÍA	43
E.	ANEXOS	44



PRIMERA PARTE

PROCESO DE DESARROLLO DE RECOMENDACIONES CLÍNICAS

A. PRESENTACIÓN

El propósito de las Estrategias de Calidad de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios 2003-2007 es concretar e iniciar la implantación de los objetivos generales establecidos en la Política de Calidad. Para ello se estructuran tres ejes estratégicos, uno de los cuales viene representado por los **Programas Claves de Atención Interdisciplinar (PCAI)**.

Los Programas Claves de Atención Interdisciplinar (**PCAI**) son proyectos de atención homogénea y transversal de las necesidades de las personas con un determinado problema de salud (en este caso Ansiedad) liderados por profesionales de diversas disciplinas que, aplicando el máximo rigor científico, coordinan sus actividades para mejorar sus resultados en términos de calidad científico-técnica y de satisfacción para el paciente.

Los **PCAI** emanan del diagnóstico de salud realizado con ocasión de la elaboración del Plan de Salud del Principado de Asturias. Este Plan de Salud plantea la necesidad de concentrar acciones en catorce áreas que por su importancia han sido consideradas prioritarias. Esta priorización

fue realizada contando con la participación de profesionales y grupos de pacientes. Cada área constituye un PCAI e integra la atención de los pacientes con un determinado problema o condición de salud.

Los 14 **PCAI** a desarrollar en el periodo 2003-2007 son los siguientes:

- Cáncer de mama
- Ansiedad
- EPOC
- Cardiopatía isquémica
- Diabetes
- Ictus
- Alcoholismo
- Cáncer colorrectal
- Cáncer de próstata
- Demencia
- Depresión
- Dolor crónico musculoesquelético
- Hipertensión arterial
- Embarazo, parto y puerperio

Las características comunes a los Programas Claves de Atención Interdisciplinaria (PCAI):

- Promueven una atención más **accesible**, **centrada en el paciente**, **segura**, clínicamente **efectiva** y con una **utilización de recursos** adecuada.
- Su aplicación reduce la **variabilidad inaceptable** en la calidad asistencial.
- Centra la atención en el paciente con **necesidades de salud homogéneas**.
- Facilita el mejor uso del **conocimiento y habilidades** de los profesionales.
- Persigue la coordinación real de profesionales de **múltiples disciplinas** distribuidos en todos los **niveles** donde se atiende el problema de salud, reflejando los dispositivos locales.
- Vocación transformadora en las organizaciones, que aplicarán herramientas de **gestión por procesos**.

- **Participación de los profesionales** en el diseño e implantación del PCAI.
- **Solidez científica** incorporando la revisión crítica de la evidencia científica, estableciendo recomendaciones clínicas.
- Gestión y monitorización de **indicadores clave** del PCAI.
- Sensibles a la **satisfacción de las necesidades y expectativas** de los usuarios, escuchando su opinión (grupos focales con pacientes).

En el transcurso del desarrollo de los PCAI contaremos con los siguientes elementos:

- **Recomendaciones clínicas.** El ¿Qué?.
- **Guía organizativa:** El ¿Cómo? ¿Quién? ¿Cuándo? ¿Dónde? ¿Con qué?.
- **Un sistema de monitorización:** ¿Cómo mediremos la práctica?.
- **Difusión e implantación del PCAI:** ¿Qué haremos para tener éxito en la aplicación del PCAI?.

Los resultados que esperamos de los PCAI son:

- **Recomendaciones clínicas.** Selección de un conjunto de recomendaciones de la principales y mas actualizadas guías de práctica clínica, priorizando aquellas de mejor adaptación y de mayor necesidad de implantación en la comunidad asturiana, partiendo de las experiencias actuales en Asturias en la prevención, diagnóstico, tratamiento, y rehabilitación de la condición clínica.
- **Desarrollo organizativo.** En esta etapa el objetivo básico es valorar el nivel de capacidad de los procesos existentes para favorecer la implantación de las recomendaciones clínicas priorizadas y posponer los cambios organizativos necesarios para su aplicación. Debatirá los flujos de pacientes y asignará las responsabilidades más importantes de cada categoría profesional en la atención de la condición clínica, criterios de derivación, ingreso, alta y acceso a otros niveles asistenciales, recursos necesarios y criterios de gestión que puedan facilitar la organización y administración de los recursos sanitarios y sociales en beneficio de la atención de los pacientes.

- **Sistema de monitorización de los PCAI con indicadores clínicos y de gestión.** El equipo de trabajo propondrá estándares (o nivel deseado de cumplimiento del indicador), partiendo de la revisión bibliográfica o basándose en la experiencia existente a nivel nacional e internacional. Para los primeros años, algunos de estos indicadores tendrán que monitorizar el grado de cumplimiento de la guía de PCAI.
- **Recomendaciones para la difusión e implantación del PCAI** en la Comunidad Autónoma, detallando estrategias de comunicación, materiales para la formación, y sugerencias útiles para la implantación y el seguimiento.





B. OBJETIVOS DE LAS RECOMENDACIONES CLÍNICAS

Se pretende que este conjunto de recomendaciones clínicas sea relevante para:

- Ayudar a los profesionales sanitarios y sociales implicados en el cuidado de los pacientes con trastornos de ansiedad, sus familiares y cuidadores, en cualquier nivel de atención del sistema sanitario en que se encuentren.

Sus objetivos son :

- Detectar precozmente a los pacientes afectados por trastornos de ansiedad.
- Detectar la presencia de co-morbilidad psiquiátrica asociada a los trastornos de ansiedad.
- Tratar adecuadamente a los pacientes con trastornos de ansiedad. En función del tipo de trastorno.
- Reducir la cronificación de los trastornos de ansiedad .
- Ayudar a comprender los trastornos de ansiedad y ofrecer soporte a los familiares y cuidadores de pacientes con dichos trastornos.



Se espera obtener los siguientes beneficios :

- Evitar la yatrogenia farmacológica y psicológica en la atención a los pacientes con trastornos de ansiedad.
- Mejorar la calidad de vida de los pacientes, y sus familiares, con trastornos de ansiedad.
- Reducir el grado de incapacidad laboral y funcional para la actividad cotidiana que suponen los trastornos de ansiedad .

C. ASPECTOS CLÍNICOS CUBIERTOS

Las recomendaciones clínicas de este documento se refieren a los trastornos de ansiedad siguientes :

1. Trastorno de Ansiedad generalizada.
2. Trastorno de pánico con y sin agorafobia.
3. Fobia social.
4. Fobias específicas.
5. Reacción por Estrés agudo.
6. Trastorno por Estrés postraumático.
7. Trastorno Obsesivo-Compulsivo.
8. Trastornos de adaptación.

D. POBLACIÓN A LA QUE SE DIRIGEN LAS RECOMENDACIONES

La implementación de las recomendaciones de esta guía va dirigida a los pacientes que padecen los trastornos de ansiedad citados en el apartado anterior.

E. GRUPO DE PROFESIONALES QUE HAN DESARROLLADO EL PCAI CLÍNICO

- *Víctor Aparicio Basuri*
- *José Arbesú Prieto*
- *Manuel Gómez Simón*
- *Alfredo Guerrero Iturralde*
- *Rosa Iglesias Rivero*
- *Azucena Martínez Acebal*
- *Marisa Noriega Morán*
- *Elena Ruiz Herrera*
- *Juan Roberto Aguilar*
- *Paloma Virgala Tejeiro*

F. PROFESIONALES A LOS QUE VA DESTINADO

Esta guía se dirige a los profesionales que intervienen en la atención de los pacientes con trastornos de ansiedad. Los profesionales destinatarios son:

1. Médicos, enfermeros y trabajadores sociales de Centros de Salud de Atención Primaria (En atención ordinaria, continuada y de urgencias) .
2. Psiquiatras, psicólogos, enfermeros y trabajadores sociales de Centros de Salud Mental.
3. Médicos, enfermeros y trabajadores sociales de Atención Especializada:
 - Servicios de Urgencias.
 - Unidades de Psiquiatría.

G. METODOLOGÍA DE ELABORACIÓN DE LA GUÍA

1. IDENTIFICACIÓN DE PROFESIONALES Y ELABORACIÓN DE LA GUÍA DE TRABAJO

En esta fase se identificaron los profesionales para el PCAI, se elaboró una guía de trabajo para el proceso de selección de recomendaciones clínicas y se constituyó el grupo profesional.

2. SELECCIÓN DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Se realizó el proceso de búsqueda y evaluación de guías de práctica clínica, selección y cribaje de las guías mejor evaluadas y recopilación de la versión electrónica para distribución entre los miembros del grupo.

Para la evaluación de las guías de práctica clínica se utilizó el instrumento de evaluación AGREE. Solamente se distribuyeron entre los componentes del grupo las guías que tenían una puntuación alta en el AGREE.

3. DEFINICIÓN Y ASIGNACIÓN DE APARTADOS PARA CADA INTEGRANTE

Cada grupo definió el alcance de la guía (niveles de atención y procesos clínicos a incluir) así como la definición del contenido y orden de los apartados o ítems de la guía.

Asimismo, y de acuerdo a las áreas de trabajo, experiencia y/o especialidades de los profesionales, se asignó a cada integrante los apartados a desarrollar.

4. ELABORACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES

Cada miembro del grupo, de acuerdo al área temática que le fue asignada, seleccionó y redactó un conjunto de recomendaciones con los grados de evidencia y niveles de recomendación correspondiente.

Acabado el trabajo individual, se procedió a la compilación de las recomendaciones para constituir un único instrumento de trabajo.

5. EVALUACIÓN Y CONSENSO DE LAS RECOMENDACIONES

Se realizan comentarios, discusión y acuerdo sobre la redacción y pertinencia de las recomendaciones.

6. EVALUACIÓN Y CONSENSO DE LA FACTIBILIDAD DE LA IMPLANTACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES SELECCIONADAS POR LOS GRUPOS

Se realizó una evaluación de la factibilidad de implantación de las recomendaciones clínicas.

Los evaluadores evaluaron mediante una parrilla de priorización las dificultades organizativas que implicaría la implantación de las recomendaciones.

7. PROPUESTA DE ESTRUCTURA Y FORMATO DE LAS RECOMENDACIONES CLÍNICAS

Los integrantes del grupo identificaron para cada apartado un conjunto de "Recomendaciones clave".

Las recomendaciones clave se refieren al conjunto de recomendaciones de especial prioridad de implantación en el Principado Asturiano, definidas como de mayor necesidad de prestación a los pacientes del Principado, incorporando para su evaluación criterios de relevancia clínica, nivel de implantación, nivel de evidencia y factibilidad organizativa.

8. PROPUESTA DE ESTRUCTURA Y FORMATO DE LAS RECOMENDACIONES CLÍNICAS

Se propone una estructura y un formato para el conjunto de los PCAI, con tal de homogeneizar su presentación y facilitar su comprensión.

9. TABLA DE CLASIFICACIÓN DE LOS NIVELES DE EVIDENCIA Y GRADO DE RECOMENDACIÓN

Las recomendaciones se basan en 4 grados de recomendación:

Nivel A: Recomendación de que la intervención es útil/efectiva.

Nivel B: Recomendación favorable a que la intervención es útil/efectiva. Son necesarios estudios adicionales con objetivos específicos.

Nivel C: Utilidad/eficacia de la recomendación no tan bien establecida. Son necesarios estudios adicionales con objetivos amplios; sería útil un registro de datos adicional.

Nivel D: Recomendación basada en opiniones de expertos o en el consenso del grupo de trabajo, ante la ausencia de estudios experimentales o de cohortes amplias que analicen la eficacia o seguridad de la intervención.

Cada grado de recomendación se acompaña de 4 niveles de evidencia, basados en la consistencia general del sentido y la magnitud del efecto.

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

10. PROCEDIMIENTO DE ACTUALIZACIÓN

La revisión de esta guía se realizará cada 2 años.

Un grupo multidisciplinar revisará la guía, la comparará con la evidencia disponible, propondrá cambios y consensuará nuevas recomendaciones.

Dependiendo del número de modificaciones, el grupo discutirá la necesidad de la publicación de un nuevo documento o de un adenda.





SEGUNDA PARTE

RECOMENDACIONES CLÍNICAS

A. INTRODUCCIÓN A LAS RECOMENDACIONES CLÍNICAS

Este documento contiene una recopilación bibliográfica de recomendaciones clínicas realizadas por un grupo multidisciplinar de profesionales sanitarios que participan en la atención de pacientes con Ansiedad.

Han sido sometidas a un proceso de evaluación, consenso y adaptación a la realidad asturiana.

En el apartado de metodología se describen con detalle los criterios utilizados para la selección y adopción de la evidencia.

Las siguientes recomendaciones clínicas están ordenadas en dos apartados:

- **Recomendaciones clave:**

- Conjunto de recomendaciones de especial prioridad de implantación en la comunidad asturiana.



Se trata de un conjunto de recomendaciones de gran relevancia no implantadas o implantadas irregularmente en el territorio asturiano.

• **Recomendaciones generales:**

Descripción de todas las recomendaciones seleccionadas por los integrantes del grupo.

B. RECOMENDACIONES CLAVE:

Se identificaron para cada apartado un conjunto de "Recomendaciones clave", de especial prioridad de implantación en la Comunidad Asturiana basadas en el Plan de Salud para Asturias 2003-2007.

En la asistencia al paciente con ansiedad se utilizará el estilo de entrevista centrada en el paciente, y una vez finalizado el proceso diagnóstico, se comenzará siempre con el proceso psicoeducativo acerca de la naturaleza de los trastornos de ansiedad, independientemente de otras medidas terapéuticas que pudieran establecerse (farmacológicas, biblioterapia...).

El grado de implicación y responsabilidad en el proceso psicoeducativo de los trastornos de ansiedad variará en función de la formación y capacitación de los distintos profesionales (médicos, enfermeros, psicólogos, psiquiatras), pero siempre serán capaces de iniciar los primeros pasos del citado proceso de forma congruente con la posterior atención y seguimiento por profesionales clínicos más capacitados.

El proceso psicoeducativo de los pacientes con trastornos de ansiedad se iniciará en aquel nivel de atención sanitaria en el que demande por primera vez asistencia por tal motivo, sea cuál sea la Unidad Clínica (Urgencias de Atención Primaria u Hospitalaria, Atención Primaria, Centros de Salud Mental, Unidades de Salud Mental Hospitalarias).

En el proceso psicoeducativo de los trastornos de ansiedad se seguirán los principios de la Terapia Cognitivo Conductual.

C. RECOMENDACIONES GENERALES

1. PRINCIPIOS DE MANEJO GENERAL.

- 1.1 **Estilo de entrevista** centrada en el paciente, caracterizado por toma de decisiones compartida entre el paciente y el profesional de salud durante todo el proceso de la atención.
- 1.2 **El proceso diagnóstico** debe revelar la información necesaria acerca de la historia personal, la auto-medicación, y otras características individuales, familiares y culturales relevantes que puedan tener importancia en la atención terapéutica subsiguiente.
- 1.3 **La oferta de atención** en los servicios de Atención Primaria (debidamente capacitados para ello) presenta ciertas ventajas, en particular menor número de pérdidas en el seguimiento y con frecuencia la preferencia por los pacientes.
- 1.4 **Los pacientes**, y cuando sea apropiado los familiares, deben ser informados de la naturaleza, la evolución y el tratamiento de los trastornos de ansiedad, una vez finalizado el proceso diagnóstico, incluyendo información sobre el uso y el perfil de las reacciones adversas de la medicación prescrita.

Los pacientes, las familias y los cuidadores deberán ser informados de los grupos de apoyo y grupos de auto-ayuda y ser alentados a participar en ellos cuando sea apropiado.

Todos aquellos pacientes a quienes se prescriban antidepresivos deberán ser informados que, aunque estos medicamentos no se asocian al desarrollo de tolerancia y "ansias", puede ocurrir la presentación de síntomas de abstinencia. Estos se presentan particularmente al reducir bruscamente dosis considerables respecto a la dosis previa o sobre todo cuando se suspenden abruptamente.

- 1.5 **El tratamiento psicológico y/o farmacológico** deberá ser rápidamente accesible al paciente. Este tratamiento se ofertará por:

1.5.1. **Los Servicios de Atención Primaria. Intervención inicial:**

La atención por profesionales de Atención Primaria con las habilidades y

entrenamiento adecuado para este tipo de problemas deberán considerar, teniendo en cuenta las preferencias del paciente, los siguientes tipos de intervención con evidencia de efectividad más duradera, siendo en orden decreciente:

- Terapia Cognitivo-Conductual (T.C.C) (según se indica más adelante para cada trastorno de ansiedad).
- Farmacoterapia (según se indica más adelante para cada trastorno de ansiedad).
- Auto-ayuda: Biblioterapia basada en los principios de la T.C.C. (el uso de material escrito para ayudar a los pacientes a comprender sus problemas psicológicos y aprender los modos de superarlos mediante el cambio de conducta).

1.5.2. Los Servicios de Atención Primaria. Evaluación y tratamiento alternativo:

La intervención inicial deberá ser evaluada en un periodo de 2 a 4 semanas. Si bien es la intervención óptima, en caso de no ser efectiva el paciente deberá ser reevaluado y considerar otro tipo de intervención.

1.5.3. Los Servicios de Atención Primaria. Reevaluación y oferta de derivación a los Servicios de Salud Mental:

Si el paciente ha sido tratado con 2 intervenciones de las consideradas (cualquier combinación de intervención psicológica, medicación, o biblioterapia) y todavía presenta sintomatología importante, se le debe ofrecer la derivación a los Servicios de Salud Mental.

1.5.4. Servicios de Salud Mental:

Los especialistas se encargarán de realizar una evaluación minuciosa, holística del paciente, de su entorno y de sus circunstancias sociales.

1.5.5. Intervenciones Sociales:

Los profesionales de salud, sean del nivel de atención que sea, considerarán desde las fases iniciales de la atención la pertinencia de derivación del paciente a los trabajadores sociales de los equipos de salud, según los criterios de derivación que se exponen más adelante en este documento.

2. MENSAJES CLAVE DE INFORMACIÓN PARA TRANSMITIR A LOS PACIENTES CON TRASTORNOS DE ANSIEDAD.

- Los trastornos de ansiedad son:
 - frecuentes
 - prolongados
 - causa de considerable sufrimiento e incapacidad
 - a menudo no reconocidos y por tanto, no tratados
- Si no se tratan, suponen un importante coste para los individuos y la sociedad.
- Se dispone de un abanico de intervenciones efectivas para tratar los trastornos de ansiedad, que incluyen los tratamientos psicológicos, la medicación y la auto-ayuda.
- Los pacientes que realizan estas intervenciones mejoran y permanecen mejor.
- La implicación de los pacientes en una efectiva asociación con los profesionales sanitarios, con todas las decisiones compartidas, mejora los resultados.
- El acceso a la información, incluidos los grupos de apoyo, es una parte valiosa de toda la atención ofertada.

3. DEFINICIÓN DE ANSIEDAD Y SU DETECCIÓN

Recomendaciones		NE	GR
3.1	Se entenderá por síntoma de ansiedad la expresión, por parte del paciente, de términos como: nerviosismo, tensión psíquica, desasosiego, intranquilidad, preocupación, miedos o inquietud. Los síntomas ansiosos pueden estar presentes en la mayoría de síndromes mentales.		D
3.2	Ante todo paciente con síntomas ansiosos se discernirá claramente entre: <ol style="list-style-type: none"> Ansiedad adaptativa o normal: expresión transitoria y breve ante desafíos y exigencias del medio familiar, laboral, social, o de enfermedades físicas. Ansiedad patológica: la que por su intensidad y/o duración comporta una merma funcional del individuo en los distintos ámbitos de su vida (familiar, laboral, social). 		D
3.3	En el registro clínico de todo paciente deberán recogerse los antecedentes personales: <ol style="list-style-type: none"> El uso de alcohol, tabaco, cafeína, fármacos y drogas (Ver Apéndice: Tabla-2). La existencia de Enfermedades Orgánicas conocidas (Ver apéndice: Tabla 1. Enfermedades Orgánicas más relevantes susceptibles de causar ansiedad importante). Acontecimientos vitales estresantes (vinculados a la historia familiar, laboral, social del paciente). 		D
3.4	En todo paciente que presente síntomas ansiosos y/o alteración de la conducta se deberá realizar una evaluación preliminar de enfermedad mental y la correspondiente clasificación en uno de los grandes síndromes mentales (síndrome confuso, síndrome psicótico, síndrome depresivo, síndrome ansioso).		D

3.5	<p>En la evaluación preliminar para detectar la enfermedad mental deberá constar en su historia clínica la presencia o ausencia de:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Alteración de la memoria, desorientación, confusión, agitación. b. Alteración de la percepción y del comportamiento. c. Quejas somáticas diversas. d. Malestar tipo ansiedad, ánimo bajo. e. Alteración del sueño, apetito, o sexo. 	D
3.6	<p>En todo paciente en el que se haya realizado una evaluación preliminar de enfermedad mental y presente síntomas mentales se deberá clasificar su trastorno en uno o varios (si cumple criterios CIE-10. Comorbilidad psiquiátrica) de los grupos CIE-10 siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Trastorno por consumo de alcohol, tabaco, drogas (F.10 / F.17.1 / F.11). b. Trastorno de ansiedad orgánico (F06.4). c. Demencia, delirio o trastorno sicótico agudo o crónico (F.00 / F.05 / F.20 / F.23). d. Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación (F.43). e. Trastornos por ansiedad (F.40 / F.41 / F.41.1 / F.41.2). f. Trastornos depresivos (F.32 / F.41.2 / F.31). g. Trastornos somatomorfos (F.45). h. Trastornos de la conducta alimentaria (F.50). i. Disfunción sexual no orgánica (F.52). j. Trastorno no orgánico del sueño (F.51). 	D

4. DIAGNÓSTICO

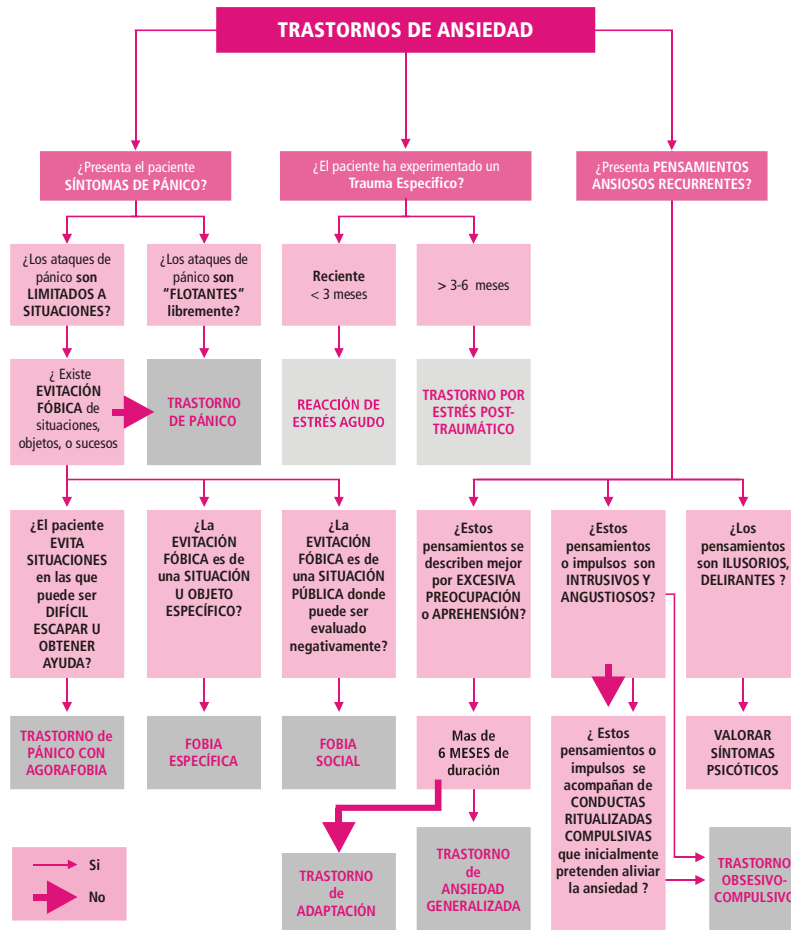
4.1 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA ANSIEDAD CON TRASTORNOS ORGÁNICOS		
Recomendaciones		NE GR
4.1.1	En todo paciente con ansiedad patológica, y en particular en los que debutan con ella a edades superiores a los 40 años, se considerará descartar una ansiedad secundaria a enfermedades orgánicas. (Ver Apéndice. Tabla 1)	D
4.1.2	Además de la evaluación preliminar del estado mental, y su clasificación posterior en un síndrome de ansiedad, en todo paciente se realizará una exploración física y pruebas complementarias: biológicas (Hemograma, glucemia, pruebas de función tiroidea, pruebas de función renal, iones séricos (Na, K, Ca,) y ECG. Teniendo en cuenta siempre las particularidades clínicas de cada paciente.	D
4.2 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CON OTROS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS		
Recomendaciones		NE GR
4.2.1	La ansiedad como síntoma puede formar parte de distintos trastornos mentales, el diagnóstico diferencial entre ellos se basa en la coexistencia y/o preponderancia en su síndrome clínico de síntomas de la esfera afectiva (Trastornos del estado de ánimo), o de la esfera perceptiva, conductual y de pensamiento (Trastornos psicóticos).	A

4.2.2	Si existiese comorbilidad asociada (asociada a: depresión endógena, trastorno bipolar, manía, sospecha de psicosis...) se aconseja remitir al paciente a los Servicios de Salud Mental.	D
4.3 DIAGNOSTICO DIFERENCIAL ENTRE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD		
Recomendaciones		NE GR
4.3.1	Todo paciente con ansiedad patológica, y una vez descartada una enfermedad orgánica, el uso de medicamentos y/o drogas, o un síndrome psiquiátrico no correspondiente a los trastornos de ansiedad como causales de la misma, deberá clasificarse en uno o varios de los grupos de la C.I.E.-10 siguientes:	
4.3.1.1	Trastorno de pánico sin agorafobia (T.P.S.A.) (F.41.0)	
4.3.1.2	Trastorno de pánico con agorafobia. (T.P.C.A.) (F.41.0) y (F.40.0.)	
4.3.1.3	Trastorno de ansiedad generalizada (T.A.G.) (F.41.1.)	
4.3.1.4	Fobia social (F.S.) (F.40.1.)	
4.3.1.5	Fobias específica (simples, aisladas) (F.E.) (F.40.2.)	
4.3.1.6	Reacción a estrés agudo. (R.E.A.) (F.43.0)	
4.3.1.7	Trastorno por estrés post-traumático (T.P.E.P.T.) (F.43.1)	
4.3.1.8	Trastornos de adaptación.(T.A.) (F.43.2)	

ver algoritmo siguiente:

Algoritmo de diagnóstico de los Trastornos de Ansiedad.

Tomado de: Guidelines for Assessing and Treating Anxiety disorders. National Health Committee of New Zealand .11.1998.



5. TRATAMIENTO

5.1 CONSIDERACIONES GENERALES		
5.1.1 Tratamientos psicológicos:		
Recomendaciones	NE	GR
Debe utilizarse la Terapia Cognitivo Conductual (T.C.C)		A
La T.C.C debe realizarse por profesionales adecuadamente entrenados y supervisados que se adhieran a los protocolos de tratamiento fundamentados empíricamente.		A
Para la mayor parte de los pacientes, la T.C.C. se realizará en sesiones semanales de 1 a 2 horas y deberá completarse en un plazo máximo de 4 meses desde el inicio.		B
La T.C.C. más breve deberá suplementarse con apropiada información y tareas focalizadas.		A
5.1.2 Prescripción farmacológica:		
En toda prescripción de medicamentos en los trastornos de ansiedad se considerarán los siguientes aspectos:		
Recomendaciones	NE	GR
Edad del paciente.		D
La respuesta a tratamientos previos.		D
Perfil de seguridad más favorable.		D
Preferencias del paciente.		D
Eficiencia del medicamento (coste para efectividad equivalente).		D

<p>Todos los pacientes a quienes se prescriban antidepresivos deben ser informados, al inicio de su tratamiento, de los potenciales efectos adversos (incluyendo un incremento de ansiedad, transitorio al inicio) y el riesgo de síntomas de abstinencia si el tratamiento se suspende bruscamente, o incluso al reducir dosis u olvidarse de tomar el medicamento.</p>	<p>C</p>
<p>Los pacientes que inician el tratamiento con antidepresivos deben ser informados del retraso en el inicio del efecto, del tiempo estimado de tratamiento y de la necesidad de tomar la medicación como se prescribe y los posibles síntomas de abstinencia. Debe administrársele información escrita apropiada a las necesidades del paciente.</p>	<p>D</p>

Cuando se prescriba un antidepresivo de primera elección, el profesional sanitario deberá considerar lo siguiente:

Recomendaciones	NE GR
<p>Los efectos adversos al inicio del tratamiento pueden minimizarse comenzando por una dosis baja e incrementándola lentamente hasta la respuesta terapéutica satisfactoria.</p>	<p>D</p>
<p>En algunos casos, deberán utilizarse dosis en el rango máximo, si es necesario.</p>	<p>B</p>
<p>El tratamiento a largo plazo es necesario para algunos pacientes.</p>	<p>B</p>
<p>Si el paciente mejora con el tratamiento antidepresivo, la medicación debe continuarse durante al menos 6 meses después de haber alcanzado la dosis óptima, al cabo de los cuales la dosis puede comenzarse a reducir.</p>	<p>D</p>
<p>Si no hay mejoría después de 12 semanas de tratamiento, se puede ofrecer un antidepresivo de otra clase alternativa (si sigue estando indicada la medicación) u otra forma de terapia.</p>	<p>D</p>
<p>Debe advertirse a los pacientes que tomen la medicación según lo prescrito. Esto puede ser particularmente importante con la medicación de vida media corta, con el objeto de evitar la aparición de síntomas de abstinencia.</p>	<p>D</p>

La supresión brusca de los antidepresivos puede causar síntomas de abstinencia. Para minimizar el riesgo de aparición de estos síntomas cuando se necesite suprimir los antidepresivos, la dosis debe reducirse gradualmente a lo largo de un periodo prolongado.	C
Los profesionales sanitarios deberán informar a los pacientes que los síntomas más comunes que se experimentan con la supresión brusca de los antidepresivos son: mareos, entumecimiento y hormigueos, náuseas y vómitos, cefalea, sudoración, trastornos del sueño y ansiedad.	D
Los profesionales sanitarios informarán a los pacientes que deben consultar a su médico si experimentan síntomas de privación.	D
Si los síntomas de privación son leves, el médico tranquilizará al paciente y vigilará los síntomas. Si los síntomas son severos el médico considerará la reintroducción del antidepresivo (o la prescripción de otro de la misma clase que tenga una vida media más larga) y reducir gradualmente la dosis mientras monitoriza los síntomas.	D
5.1.3 Autoayuda:	
Recomendaciones	NE GR
Se ofrecerá a los pacientes Biblioterapia basada en los principios de la T.C.C.	A
Debe ofrecerse información acerca de grupos de apoyo, cuando estén disponibles. Los grupos de apoyo pueden proporcionar encuentros cara a cara, apoyo vía telefónica (los cuales deben basarse en los principios de la T.C.C.), o información adicional sobre todos los aspectos de los trastornos de ansiedad, además de otras fuentes de ayuda...	D
Los beneficios del ejercicio físico como parte de una buena salud general deben discutirse con todos los pacientes como indicación apropiada.	B

5.2 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS		
5.2.1 Técnicas de la T.C.C. en Atención Primaria		
	Recomendaciones	NE GR
5.2.1.1	Psicoeducación basada en la Terapia Cognitivo-Conductual (T.C.C).	A
5.2.1.2	Técnicas de relajación: 5.2.1.2.1 Entrenamiento en control de la respiración. 5.2.1.2.2 Entrenamiento en la relajación muscular progresiva de Jacobson.	
5.2.1.3	Ejercicio físico en el contexto de la T.C.C.	
5.2.1.4	Bibliografía basada en la T.C.C.	
5.2.2 Grupos de autoayuda		
5.2.3 Counselling		
	Recomendaciones	NE GR
	Las técnicas terapéuticas del Counselling representan una de las alternativas adecuadas para su utilización en Atención Primaria.	D
	En los pacientes que presentan un trastorno obsesivo-compulsivo o un trastorno por estrés post-traumático se debe evitar aplicar las técnicas del Counselling en Atención Primaria y proceder a su derivación a Salud Mental.	D
5.2.4 Terapia Cognitivo-Conductual en Servicios de Salud Mental		

5.3 TRATAMIENTOS PARA CADA TIPO DE TRASTORNO

5.3.1 ANSIEDAD GENERALIZADA

Tratamiento Psicológico

Recomendaciones	NE	GR
Si fuera necesario un tratamiento urgente del TAG, deben considerarse alguno o todos de los siguientes: <ul style="list-style-type: none">• Información y apoyo• Resolución de Problemas• Benzodiazepinas• Antihistamínicos sedantes• Auto-ayuda		D C A A D
Las Benzodiazepinas habitualmente no deben usarse más de 2 a 4 semanas.		B
En el tratamiento a largo plazo de los individuos con TAG, debe ofertarse alguno/s de los siguientes tipos de tratamiento, teniendo en cuenta la preferencia del paciente. Los tratamientos que tienen evidencia de efectividad más duradera, en orden decreciente, son: <ul style="list-style-type: none">• Terapia psicológica• Terapia farmacológica• Auto-ayuda		A
El tratamiento elegido debe estar disponible rápidamente.		D
Debe utilizarse la Terapia Cognitivo Conductual (T.C.C.).		A
La TCC debe realizarse solamente por profesionales adecuadamente entrenados y supervisados que pueden demostrar que se adhieren a los protocolos de tratamiento fundamentados empíricamente.		A
Debe ofrecerse el rango de duración óptimo de la TCC (16 a 20 horas, en total).		A

Para la mayor parte de pacientes, la TCC deberá realizarse en sesiones semanales de 1 a 2 horas y completarse la terapia en un máximo de 4 meses desde el inicio.	B
La TCC más breve debe suplementarse con información y tareas focalizadas adecuadas.	A
Cuando se utilice la TCC más breve, deberá ser de unas 8 a 10 horas y estar diseñada para integrar en ella materiales de auto-ayuda estructurados.	D
ADULTOS	
Recomendaciones	NE GR
5.3.1.1 Terapia Cognitivo-Conductual.	A
5.3.1.2 Relajación progresiva de E. Jacobson.	B,C
NIÑOS Y ADOLESCENTES	
Recomendaciones	NE GR
5.3.1.3 Terapia Cognitivo-Conductual.	A

Tratamientos Farmacológicos

ADULTOS	
Recomendaciones	NE GR
5.3.1.4 Consideraciones particulares de prescripción	
5.3.1.4.1 Se recomienda prescribir una Benzodiazepina en el inicio del tratamiento, en las reagudizaciones y en el tratamiento a corto plazo.	A
5.3.1.4.2 El tratamiento debe ser iniciado lo antes posible.	A
5.3.1.4.3 En el tratamiento a largo plazo y, desde el inicio, se recomienda un ISRS autorizado específicamente para el TAG.	A

5.3.1.4.4	La retirada de los ISRS debe reducirse lenta y gradualmente hasta la suspensión para evitar un síndrome de abstinencia.	C
5.3.1.4.5	No hay evidencia que justifique el empleo de neurolépticos en el T.A.G.	A
5.3.1.4.6	En pacientes con historia de abuso de medicamentos o sustancias tóxicas puede prescribirse Buspirona en lugar de Benzodiazepina.	A
5.3.1.5	Si hay necesidad de tratamiento inmediato (complementario de ISRS, y limitado a 8 a 12 semanas (en general)):	
5.3.1.5.1	Benzodiazepina.	A
5.3.1.5.2	Hidroxicina (en adultos).	A
5.3.1.6	Tratamiento antidepresivo desde el comienzo: ISRS	
5.3.1.6.1	Paroxetina.	B
5.3.1.6.2	Si no hay mejoría en 12 semanas: Cambiar a otro ISRS: Venlafaxina 75mg-150 mg/día.(Consideraciones acerca de su prescripción, lugar, profesional).	
ANCIANOS		
	Recomendaciones	NE GR
5.3.1.7	Si hay necesidad de tratamiento inmediato (complementario de ISRS, y limitado a 8 a 12 semanas (en general)):	
5.3.1.7.1	Benzodiazepina de vida media corta (Lorazepam, Lormetazepam).	A
5.3.1.8	Tratamiento con antidepresivos del grupo ISRS desde el comienzo.	
5.3.1.8.1	Fluvoxamina, otros ISRS. (Inicio a mitad dosis de adultos. Consideraciones generales de prescripción).	B

MUJERES EMBARAZADAS

Recomendaciones	NE	GR
5.3.1.9 Considerar consentimiento informado.		
5.3.1.10 Valoración de la relación riesgo–beneficio en la paciente concreta.		
5.3.1.11. Si es considerado como necesario el tratamiento: utilizar un ISRS: Fluoxetina, Paroxetina o Sertralina.		
5.3.1.12. También puede utilizarse: Buspirona.		
5.3.1.13. No es aconsejable utilizar Benzodiazepinas en el embarazo, si se tuvieran que utilizar: usar Lorazepam, Oxacepam (perfil de mayor seguridad que resto de BZD, en el embarazo).		

MUJERES LACTANTES

Recomendaciones	NE	GR
5.3.1.14 La lactancia debe suspenderse si se toman Benzodiazepinas de forma diaria o en dosis elevadas de forma no diaria.		
5.3.1.15 Si fuera preciso utilizar ISRS (Fluvoxamina, Paroxetina, Sertralina) la lactancia natural podría mantenerse. Pedir consentimiento informado.		

Autoayuda: Lo citado en las consideraciones generales de la Autoayuda.

5.3.2 Pánico (con/sin Agorafobia)

Tratamiento Psicológico

Recomendaciones	NE	GR
Debe utilizarse la T.C.C.		A
La T.C.C debe realizarse por profesionales adecuadamente entrenados y supervisados que se adhieran a los protocolos de tratamiento fundamentados empíricamente.		A
Deberá ofertarse el rango de duración óptimo de la T.C.C. entre 7 a 14 horas en total.		A
Para la mayor parte de los pacientes, la T.C.C. se realizará en sesiones semanales de 1 a 2 horas y deberá completarse en un plazo máximo de 4 meses desde el inicio.		B
La T.C.C. más breve deberá suplementarse con apropiada información y tareas focalizadas.		A
Cuando se emplee la T.C.C. más breve, deberá durar unas 7 horas y estar diseñada para incluir en ella materiales de auto-ayuda.		D
Para unos pocos pacientes, puede ser necesaria una T.C.C. más intensa durante un breve periodo de tiempo.		C

ADULTOS

Recomendaciones	NE	GR
5.3.2.1 Terapia Cognitivo-Conductual. Técnicas:		
5.3.2.1.1 Exposición in vivo.		A
5.3.2.1.2 Tratamiento para el control del pánico. Barlow Clark.		A
5.3.2.2. Relajación progresiva de E. Jacobson.		B, C

Tratamiento Farmacológico

ADULTOS		NE	GR
Recomendaciones			
5.3.2.3	<p>Consideraciones particulares de prescripción: Los antidepresivos deben ser los únicos medicamentos para el manejo a largo plazo del trastorno de pánico. Las dos clases de antidepresivos que tienen una base de evidencia de su efectividad son los I.S.R.S. y los antidepresivos tricíclicos (ATC) Debe utilizarse un I.S.R.S. autorizado para el trastorno de pánico. Si un I.S.R.S. no es adecuado o no hay mejoría después de 12 semanas y otra medicación está indicada debe utilizarse Imipramina o Clomipramina.</p>		A
5.3.2.4	<p>Tratamiento de la Crisis de pánico: 1º Benzodiazepina: Diazepam, Alprazolam, Lormetazepam.</p>		A
5.3.2.5	<p>Tratamiento de Mantenimiento:</p>		
5.3.2.5.1	No se recomiendan Benzodiazepinas (A), ni Antihistamínicos sedantes o Antipsicóticos.		D
5.3.2.5.2	Los medicamentos de 1ª elección son los ISRS autorizados para este trastorno: Paroxetina, Sertralina, Citalopram.		A
5.3.2.6	Si no hay respuesta al ISRS al cabo de 12 semanas de tratamiento, o no pudiera utilizarse por razones justificadas se considerará el uso del antidepresivo tricíclico: Imipramina o Clomipramina (A).		
<p>Autoayuda: Lo citado en las consideraciones generales de la Autoayuda.</p>			

5.3.3 Trastorno obsesivo-compulsivo

Tratamiento Psicológico

ADULTOS		
Recomendaciones	NE	GR
5.3.3.1 Terapia Cognitivo-Conductual. Técnicas:		
5.3.3.1.1 Exposición con prevención de respuesta.		A
5.3.3.1.2 Exposición con prevención de respuesta asistida por la familia y relajación aplicada.		A
NIÑOS Y ADOLESCENTES		
Recomendaciones	NE	GR
5.3.3.2 Terapia Cognitivo-Conductual. Técnicas:		
5.3.3.2.1 Exposición con prevención de respuesta, práctica reforzada.		A A

Tratamiento Farmacológico

ADULTOS		
Recomendaciones	NE	GR
5.3.3.3 Consideraciones generales de prescripción.		
5.3.3.4 Tratamiento de 1ª elección: ISRS		
5.3.3.4.1 Fluvoxamina, Fluoxetina, otros ISRS autorizados: Paroxetina, Sertralina, Citalopram.		A
5.3.3.5 Tratamiento de 2ª elección: ATC.		
5.3.3.5.1 Clomipramina.		
Autoayuda: Lo citado en las consideraciones generales de la Autoayuda.		

5.3.4 Trastorno de fobia social

Tratamiento Psicológico

ADULTOS

Recomendaciones	NE	GR
5.3.4.1 Terapia Cognitivo-Conductual. Técnicas:		
5.1.2.1.4 Exposición in vivo.		A
5.1.2.1.5 Desensibilización sistemática.		B

NIÑOS Y ADOLESCENTES

Recomendaciones	NE	GR
5.3.4.2 Terapia Cognitivo-Conductual. Técnicas:		
5.3.4.2.1 Terapia Cognitivo-Conductual.		A
5.3.4.2.2 Práctica reforzada (moldeamiento con Reforzamiento positivo y Extinción).		A

Tratamiento Farmacológico

ADULTOS

Recomendaciones	NE	GR
5.3.4.3 Consideraciones generales de prescripción.		
5.3.4.4 Tratamiento farmacológico de fobia social simple (síntomas fóbicos en situaciones sociales claramente definidas): Propanolol (pre-exposición).		
5.3.4.5 Tratamiento farmacológico de la fobia social generalizada: ISRS		
5.3.4.5.1 Paroxetina.		

Autoayuda: Lo citado en las consideraciones generales de la Autoayuda.

5.3.5 Trastorno de fobias específicas

Tratamiento Psicológico

ADULTOS		
Recomendaciones	NE	GR
5.3.5.1 Terapia Cognitivo-Conductual. Técnicas: 5.3.5.1.1 Exposición in vivo.		A
5.3.5.2 Realidad virtual (D).		
NIÑOS Y ADOLESCENTES		
Recomendaciones	NE	GR
5.3.5.3 Terapia Cognitivo-Conductual. Técnicas: 5.3.5.3.1 Modelado participante. 5.3.5.3.2 Práctica reforzada (Moldeamiento con reforzamiento positivo y extinción).		A A

5.3.6 Reacción de estrés agudo y estrés en general

Tratamiento Psicológico

ADULTOS		
Recomendaciones	NE	GR
5.3.6.1 Terapia Cognitivo-Conductual. Técnicas: 5.3.6.1.1 Inoculación del estrés. 5.3.6.1.2 Activación conductual.		A B

Tratamiento Farmacológico

ADULTOS		
Recomendaciones	NE	GR
5.3.6.2 Consideraciones generales de prescripción.		
5.3.6.3 Si fuera necesario utilizar una Benzodiazepina durante un corto tiempo: Lorazepam, Alprazolam, Diazepam).		

Autoayuda: Lo citado en las consideraciones generales de la Autoayuda.

5.3.7 Trastorno por estrés post-traumático (T.E.P.T.)

Tratamiento Psicológico

ADULTOS		
Recomendaciones	NE	GR
5.3.7.1 Terapia Cognitivo-Conductual. Técnicas:		
5.3.7.1.1 Exposición in vivo + Inoculación del estrés.		A
5.2.7.1.2 Inoculación del estrés.		B
5.2.7.1.3 Desensibilización sistemática.		B,C

NIÑOS Y ADOLESCENTES (Ansiedad por Separación social)		
Recomendaciones	NE	GR
5.3.7.2 Terapia Cognitivo-Conductual. Técnicas:		
5.3.7.2.1 Modelado participante.		A
5.3.7.2.2 Entrenamiento familiar en manejo de ansiedad.		B,C

Tratamiento Farmacológico

ADULTOS		NE	GR
Recomendaciones			
5.3.7.3	Consideraciones generales de prescripción.		
5.3.7.4	No utilizar medicamentos como tratamiento de primera línea a los pacientes con T.E.P.T. con preferencia a la terapia psicológica centrada en el trauma (A).		
5.3.7.5	<p>En los pacientes con T.E.P.T. considerar para uso general la Paroxetina o la Mirtazapina, y la Amitriptilina o Fenelazina (bajo la supervisión del especialista en Salud Mental) SI:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El paciente no quiere comprometerse en una terapia focalizada en el trauma. • El paciente no puede iniciar un tratamiento psicológico debido a la amenaza intensa del trauma. • El paciente ha obtenido escaso o nulo beneficio de un ciclo de terapia centrada en el trauma. • El paciente presenta una importante comorbilidad como una depresión o un intenso hiperarousal que afecta a la habilidad para beneficiarse de la terapia psicológica. <p>Si el insomnio es uno de los síntomas dominantes se utilizará: Trazodona.</p> <p>Si los síntomas de hiperactividad autonómica son predominantes y graves se utilizará también Propanolol.</p>		B C C C

Autoayuda: Lo citado en las consideraciones generales de la Autoayuda.

6. INTERVENCIÓN SOCIAL

En todos los pacientes con trastornos de ansiedad que reúnan los criterios que se exponen a continuación se realizará intervención sociosanitaria mediante la derivación al trabajador social del equipo de salud:

Criterios de derivación		
	Recomendaciones	NE GR
6.1	Pacientes que presentan trastorno de ansiedad reactiva a situaciones sociales o problemáticas en la dinámica familiar.	B
6.2	Pacientes que tengan dificultades físicas, psíquicas o económicas para realizar el tratamiento.	B
6.3	Pacientes que no tengan autonomía y precisen tramitar una minusvalía.	C
6.4	Pacientes sin apoyo familiar que precisen una valoración social para la tramitación de otros recursos comunitarios.	B
6.5	Pacientes mayores de 75 años con afectación crónica cuyo cuidador principal sea otro anciano u enfermo crónico.	A
6.6	Pacientes de riesgo sociosanitario (inmigrantes, familias monoparentales, personas con sospecha de maltrato).	B

7. MONITORIZACIÓN Y SEGUIMIENTO

7.1 INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS		
Recomendaciones		NE GR
7.1.1	En todo paciente bajo T.C.C. habrá un proceso de evaluación del progreso que debe ser determinado de forma individualizada para cada caso.	D
7.2 INTERVENCIONES FARMACOLÓGICAS		
Recomendaciones		NE GR
7.2.1	Cuando se inicie un nuevo tratamiento farmacológico, la eficacia y los efectos adversos deben ser revisados a las 2 primeras semanas de iniciado el tratamiento y de nuevo a las 4, 6 y 12 semanas. Habrá que tener en cuenta cualquier característica o exigencia de vigilancia exigidas por las características de cada medicamento concreto.	D
7.2.2	Al cabo de 12 semanas de tratamiento con un medicamento se debe evaluar la efectividad y tomar la decisión de continuar con él o considerar una intervención alternativa.	D
7.2.3	Si la medicación se continuase más de 12 semanas, el paciente deberá ser revisado cada 8 a 12 semanas, dependiendo de las circunstancias individuales y de la evolución clínica.	D

7.3 AUTOAYUDA		NE	GR
Recomendaciones			
7.3.1	A los pacientes que reciben intervenciones de auto-ayuda se les debe ofrecer contacto con los profesionales de Atención Primaria, con el fin de seguir la evolución clínica y considerar intervenciones alternativas. La frecuencia de dichas consultas deberá determinarse de forma personalizada, pero con frecuencia puede ser adecuado entre 4 a 8 semanas.		D
7.4 MEDICIÓN DE RESULTADOS		NE	GR
Recomendaciones			
7.4.1	Cuando sea posible deben utilizarse cuestionarios auto-cumplimentados, cortos (como el de la subescala de pánico del inventario de movilidad del agorafóbico para los pacientes con trastornos de pánico) para monitorizar los resultados.		D



D. BIBLIOGRAFÍA

- CIE-10.Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. O.M.S. Meditor 1992.
- Anxiety. Management of anxiety (Panic disorder, with or without agoraphobia, and generalised anxiety disorder) in adults in primary, secondary and community care. Clinical Guideline 22..N.I.C.E. December 2004.
- Guidelines for Assessing and Treating Anxiety Disorders. National Health Committee. New Zealand. November 1998.
- Post-Traumatic stress disorder (PTSD). Clinical Guideline 26. National Institute for Clinical Excellence. March 2005.

E. ANEXOS

Tomada de: Del Alamo C., Álvarez Vara C., Ávila Muñoz L., Calvo Alcántara MJ., Crespo Sánchez-Eznarriaga B., Sastre Gervás I., Vicens Caldentey C. Documento sobre hipnóticos y tranquilizantes. Subdirección General de Atención Primaria. Área de Gestión de Farmacia. INSALUD, abril 2000.

Tabla 1

ENFERMEDADES Y TRASTORNOS MÉDICOS ASOCIADOS A TRASTORNOS DE ANSIEDAD			
CARDIOVASCULARES <ul style="list-style-type: none"> · Insuficiencia cardíaca congestiva · Embolismo pulmonar · Arritmias cardíacas · Cardiomiopatías 	GASTROINTESTINALES <ul style="list-style-type: none"> · Úlcera péptica · Intestino irritable 	NEUROLÓGICAS <ul style="list-style-type: none"> · Neoplasias cerebrales · Encefalitis · Migraña · Epilepsia · Enf. de Parkinson · Esclerosis múltiple · Enf. cerebrovasculares 	PSIQUIÁTRICAS <ul style="list-style-type: none"> · Depresión · Esquizofrenia · Trastornos de la personalidad (prácticamente todos los trastornos psiquiátricos pueden cursar con ansiedad)
ENDOCRINAS <ul style="list-style-type: none"> · Hipertiroidismo · Hipotiroidismo · Hipoglucemia · Disfunción adrenal · Feocromocitoma · Menopausia 	GENITOURINARIAS <ul style="list-style-type: none"> · Infección del tracto urinario (ancianos) 	OTRAS CONDICIONES <ul style="list-style-type: none"> · Fatiga crónica · Síndrome premenstrual 	RESPIRATORIAS <ul style="list-style-type: none"> · Asma · EPOC · Neumonía · Hipoxia
HEMATOLÓGICAS <ul style="list-style-type: none"> · Deficiencia de vitamina B12 · Anemia 	METABÓLICAS <ul style="list-style-type: none"> · Diabetes · Porfirio 		

Tabla 2

MEDICAMENTOS Y OTRAS SUSTANCIAS PRODUCTORAS DE ANSIEDAD		
<ul style="list-style-type: none"> · Abstinencia de sustancias adictivas (incluidas BZD) · Agentes simpaticomiméticos (broncodilatadores) · Agentes vasopresores · Agonistas dopaminérgicos (antiparkinsonianos) · Anfetaminas · Anticonceptivos 	<ul style="list-style-type: none"> · Clonidina · Consumo excesivo y abstinencia de alcohol · Consumo y abstinencia de cafeína · Corticoides · Digital 	<ul style="list-style-type: none"> · Insulina · ISRS (sobre todo las dos 1ª semanas) · Penicilinas · Sulfonamidas · Teofilina · Tuberculostáticos