

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

Guía de Referencia Rápida

Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en el Adulto

GPC

Guía de Práctica Clínica

Número de Registro **ESPACIO PARA SER LLENADO POR CENETEC**

CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL



Vivir Mejor

GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

F40 Trastorno de Ansiedad Fóbica
F40.0 Agorafobia
F40.1 Fobia Social
F40.2 Fobias Específicas
F41 Otros Trastornos de Ansiedad
F41.0 Trastorno de Pánico
F41.1 Trastorno de Ansiedad Generalizada
F42 Trastorno Obsesivo Compulsivo

GPC

Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en el Adulto

ISBN en trámite

DEFINICIÓN

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

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

FACTORES DE RIESGO

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

DIAGNÓSTICO

- Los síntomas físicos más referidos por personas con ansiedad son: aumento de la tensión muscular, mareos, sensación de "cabeza vacía", sudoración, hiperreflexia, fluctuaciones de la presión arterial, palpitaciones, síncope, taquicardia, parestesias, temblor, molestias digestivas, aumento de la frecuencia y urgencia urinarias, diarrea
- Los síntomas psíquicos (cognoscitivos, conductuales y afectivos) predominantes son: intranquilidad, inquietud, nerviosismo, preocupación excesiva y desproporcionada, miedos irracionales, ideas catastróficas, deseo de huir, temor a perder la razón y el control, sensación de muerte inminente
- Se dará preferencia a la entrevista clínica para establecer el diagnóstico. Los instrumentos o escalas se utilizarán para complementar la valoración, son preferibles aquellos cuestionarios breves, fáciles de manejar e interpretar como la Escala de Hamilton para Ansiedad (HARS) y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)
- Todo paciente con síntomas de ansiedad; y una vez descartados otros padecimientos médicos, incluidos otros psiquiátricos, el uso de medicamentos y sustancias psicoactivas que cursan con estos síntomas, deberá clasificarse de acuerdo a criterios específicos de CIE 10
- Incluir en la historia clínica del paciente antecedentes personales de: uso de alcohol, tabaco, cafeína, fármacos, sustancias psicoactivas, presencia de enfermedades orgánicas conocidas y acontecimientos vitales estresantes (vinculados a la historia familiar, laboral y social del paciente)

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

- No existen pruebas de laboratorio o gabinete capaces de diagnosticar un trastorno de ansiedad o tipificarlo, su utilidad aplica al diagnóstico diferencial. El diagnóstico hasta este momento es básicamente clínico
- Cuando se encuentren datos clínicos de patología no psiquiátrica específica se deberán solicitar los estudios de laboratorio y gabinete pertinentes

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Con la finalidad de obtener una mejor respuesta al tratamiento, el médico debe considerar: edad del paciente, tratamiento previo, riesgo de intento suicida, tolerancia, posibles interacciones con otros medicamentos, posibilidad de estar embarazada y sus preferencias e informar sobre posibles efectos secundarios, síntomas de abstinencia tras interrupción del tratamiento, no inmediatez del efecto, duración del tratamiento y necesidad del cumplimiento

Para el TAG se recomienda:

- Iniciar el tratamiento lo antes posible
- Uso de benzodiazepinas (BZD: alprazolam, lorazepam y diazepam) en el inicio del tratamiento, en las reagudizaciones y en el tratamiento a corto plazo (8-12 semanas)
- En el tratamiento a largo plazo, y desde el inicio se recomienda el uso de inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS). Iniciar con paroxetina, sertralina o escitalopram, sino hay mejoría cambiar a Venlafaxina o Imipramina
- Para retirar el ISRS debe reducirse en forma lenta y gradual hasta suspenderlo, con la finalidad de evitar un síndrome de abstinencia
- En pacientes con historia de abuso de medicamentos o sustancias tóxicas puede prescribirse Buspirona en lugar de BZD.
- Si no hay mejoría después de 8-12 semanas, considerar la utilización de otro fármaco con diferente mecanismo de acción
- No se recomienda la prescripción de venlafaxina a pacientes con alto riesgo de arritmias cardíacas o infarto al miocardio reciente, y en pacientes hipertensos solo se utilizará cuando la hipertensión esté controlada

Los antidepresivos deben ser los únicos medicamentos para el manejo a largo plazo del trastorno de pánico. Los ISRS (fluvoxamina, fluoxetina, paroxetina, sertralina, citalopram) son los medicamentos de primera elección. Cuando el ISRS no puede prescribirse o no hay mejoría del paciente después de 12 semanas de tratamiento, debe utilizarse un antidepresivo tricíclico (imipramina, clomipramina). El tratamiento de elección en la crisis de pánico es el uso de BZD (diazepam, alprazolam, clonazepam y lorazepam) a dosis baja

En la fobia social simple (síntomas fóbicos en situaciones sociales claramente definidas) se recomienda el uso de propanolol antes de la exposición, mientras para la fobia social generalizada el uso de ISRS (paroxetina). No dar tratamiento farmacológico en caso de fobias específicas

Para el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo se recomiendan antidepresivos:

Primera línea: ISRS (fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina, sertralina)

Segunda línea: clomipramina, venlafaxina, citalopram

Tercera línea: clomipramina IV escitalopram

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

Se debe proporcionar al paciente, y cuando sea apropiado a la familia, información científica basada en la evidencia, sobre sus síntomas, las opciones de tratamiento y las posibilidades de manejo de su trastorno, y tener en cuenta su opinión, para facilitar la toma de decisiones compartida.

No se recomienda el uso de valeriana, pasionaria, ginkgo biloba, calderona amarilla, preparado de espino blanco, amapola de california y magnesio para el manejo de los trastornos de ansiedad

Se debe ofrecer terapia de exposición a los pacientes con presencia de fobia específica por sus resultados benéficos

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) está indicada para:

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

Para la mayor parte de los pacientes, la TCC se realizará en sesiones semanales de 1 a 2 horas y deberá complementarse en un plazo máximo de 4 meses desde el inicio, puede ser en forma individual o grupal. Por su eficacia, en los trastornos de ansiedad se recomienda el tratamiento combinado (TCC y farmacológica),

REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

En caso de ideación suicida hacer derivación urgente

Deben ser referidos de primer a segundo nivel de atención aquellos pacientes con trastorno de ansiedad con:

- Dificultad o duda diagnóstica
- Comorbilidad psiquiátrica u orgánica (depresión mayor, dependencia etílica y/o abuso de sustancias)
- Ideación suicida
- En caso de persistencia de síntomas a pesar de tratamiento farmacológico y/o no farmacológico por más de 12 semanas
- Síntomas muy incapacitantes (adaptación social o laboral)

Se referirá de Segundo a Tercer nivel de atención a los pacientes que:

- Se haya descartado etiología física y no presenten síntomas de intoxicación con sustancia alguna
- Presenten trastorno severo de personalidad con alto grado de impulsividad y riesgo de autoagresión
- Presenten trastorno de ansiedad acompañado de síntomas depresivos con alto riesgo suicida
- Necesidad de manejo en ambiente controlado

Se hará contrarreferencia de Tercer a Segundo nivel de atención a los pacientes que:

- Hayan alcanzado la estabilidad clínica, en fase de continuación o mantenimiento
- Con máximo beneficio al tratamiento

Se hará contrarreferencia de Segundo a Primer nivel de atención a los pacientes que:

- En quienes haya remitido la sintomatología y se encuentren en fase de continuación o mantenimiento.
- Con máximo beneficio al tratamiento

VIGILANCIA Y SEGUIMIENTO

- Cuando se inicie un nuevo tratamiento farmacológico el paciente debe ser evaluado en las 2 primeras semanas, y de nuevo a las 4, 6 y 12 semanas
- Al cabo de 12 semanas de tratamiento se debe tomar la decisión de continuar con él o considerar una intervención alternativa. En caso de que el medicamento continúe por más de 12 semanas, el paciente deberá ser evaluado cada 8-12 semanas dependiendo de la evolución clínica

INCAPACIDAD

Para su expedición deberá tomarse en cuenta el deterioro causado por el trastorno, efectos colaterales del tratamiento y el puesto específico de trabajo. El paciente deberá reintegrarse a su actividad laboral en el menor tiempo posible al lograrse una mejoría en la que la disfuncionalidad no interfiera de manera importante con su desempeño

ESCALAS

CUADRO 1. ESCALA DE HAMILTON PARA ANSIEDAD (HARS)

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

1.- Humor ansioso	Inquietud, espera de lo peor, aprehensión, (anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	2	3	4
2.- Tensión	Sensación de tensión, fatigabilidad, sobresaltos, llanto fácil, temblor, sensación de no poder quedarse en un solo lugar, incapacidad de relajarse	0	1	2	3	4
3.- Miedos	A la oscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo, a los animales, al tráfico, a la multitud	0	1	2	3	4
4.- Insomnio	Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido, sueño no satisfactorio con cansancio al despertar, sueños penosos, pesadillas, terrores nocturnos.	0	1	2	3	4
5.- Funciones intelectuales	Dificultad en la concentración, mala memoria.	0	1	2	3	4
6.- Humor depresivo	Falta de interés, no disfrutar ya con los pasatiempos, tristeza, insomnio de madrugada, variaciones de humor durante el día.	0	1	2	3	4

7.- Síntomas somáticos (musculares)	Dolores y cansancio muscular, rigidez, sacudidas mioclónicas, chirrido de dientes, voz poco firme, tono muscular aumentado.	0	1	2	3	4
8.- Síntomas somáticos generales (sensoriales)	Zumbido de oídos, visión borrosa, sofocos o escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4
9.-Síntomas cardiovasculares	Taquicardia, palpitaciones, dolores en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístoles	0	1	2	3	4
10.- Síntomas respiratorios	Peso u opresión torácica, sensación de ahogo, suspiros, disnea	0	1	2	3	4
11.-Síntomas gastrointestinales	Dificultad para deglutir, meteorismo, dolor abdominal, náusea, vómitos, borborismo, sensación de estómago vacío, pérdida de peso, estreñimiento.	0	1	2	3	4
12.-Síntomas genitourinarios	Micciones frecuentes, urgencia de micción, amenorrea, menorragia, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, pérdida del apetito sexual, disfunción eréctil.	0	1	2	3	4
13.- Síntomas del sistema nervioso vegetativo	Boca seca, accesos de rubor, palidez, transpiración excesiva, vértigo, cefalea por tensión, erectismo piloso.	0	1	2	3	4

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

CUADRO 2. INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK (BAI)				
Instrucciones : Abajo hay una lista que contiene los síntomas más comunes de la ansiedad. Lea cuidadosamente cada afirmación. Indique cuánto le ha molestado cada síntoma durante la última semana, inclusive hoy, marcando con una X según la intensidad de la molestia.				
Señale una respuesta en cada uno de los 21 rubros	Poco o nada (0)	Más o menos (1)	Moderadamente (2)	Severamente (3)
1.- Entumecimiento, hormigueo				
2.- Sentir oleadas de calor (bochorno)				
3.- Debilitamiento de las piernas				
4.- Dificultad para relajarse				
5.- Miedo a que pase lo peor				
6.- Sensación de mareo				
7.- Opresión en el pecho, o latidos acelerados				
8.- Inseguridad				
9.- Terror				
10.- Nerviosismo				
11.- Sensación de ahogo				
12.- Manos temblorosas				
13.- Cuerpo tembloroso				
14.- Miedo a perder el control				
15.- Dificultad para respirar				
16.- Miedo a morir				
17.- Asustado				
18.- Indigestión o malestar estomacal				
19.- Debilidad				

20.- Ruborizarse, sonrojamiento				
21.- Sudoración no debida al calor				
No existe punto de corte aceptado para distinguir entre población normal y ansiedad. La puntuación media en pacientes con ansiedad es de 25.7 y en sujetos normales es de 15.8.				

CUADRO 3. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE INVESTIGACIÓN CIE 10
A. Un período de al menos seis meses de notable ansiedad, preocupación y sentimientos de aprensión (justificados o no), en relación con acontecimientos y problemas de la vida cotidiana.
B. Por lo menos cuatro de los síntomas listados abajo deben estar presentes, y al menos uno de los listados entre (1) y (4).
<p><i>Síntomas autonómicos</i></p> <p>1) Palpitaciones o golpeo del corazón, o ritmo cardíaco acelerado. 2) Sudoración. 3) Temblores o sacudidas de los miembros. 4) Sequedad de boca (no debida a la medicación o deshidratación).</p>
<p><i>Síntomas en el pecho y abdomen</i></p> <p>5) Dificultad para respirar. 6) Sensación de ahogo. 7) Dolor o malestar en el pecho. 8) Náusea o malestar abdominal (por ejemplo: estómago revuelto)</p>
<p><i>Síntomas relacionados con el estado mental</i></p> <p>9) Sensación de mareo, inestabilidad, o desvanecimiento. 10) Sensación de que los objetos son irreales (desrealización), o de sentirse lejos de la situación o “fuera” de ella (despersonalización). 11) Sensación de perder el control, “volverse loco” o de muerte inminente. 12) Miedo a morir.</p>
<p><i>Síntomas generales</i></p> <p>13) Sofocos o escalofríos 14) Sensación de entumecimiento u hormigueo. <i>Síntomas de tensión</i> 15) Tensión muscular o dolores y parestesias. 16) Inquietud y dificultad para relajarse. 17) Sentimiento de estar “al límite” o bajo presión o de tensión mental. 18) Sensación de nudo en la garganta o dificultad para tragar.</p>

Otros síntomas no específicos

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

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

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

CUADRO 4. PAUTAS DIAGNÓSTICAS DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD CIE 10

F40.0 Agorafobia

Pautas para el diagnóstico

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

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

F40.00 Sin trastorno de pánico

F40.01 Con trastorno de pánico

Incluye: Trastorno de pánico con agorafobia

F40.1 Fobias sociales

Pautas para el diagnóstico

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

Incluye:

Antropofobia.

Neurosis social.

F40.2 Fobias específicas (aisladas)

Pautas para el diagnóstico

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

Incluye:

Zoofobias.

Claustrofobia.

Acrofobia.

Fobia a los exámenes.

Fobia simple.

F41.0 Trastornos de pánico (ansiedad paroxística episódica)

Pautas para el diagnóstico

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

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

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

Incluye:

Ataques de pánico.

Estados de pánico.

F41.1 Trastorno de Ansiedad Generalizada

Pautas para el diagnóstico

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

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

En los niños suelen ser llamativas la necesidad constante de seguridad y las quejas somáticas recurrentes. La presencia transitoria (durante pocos días seguidos) de otros síntomas, en particular de depresión, no descarta un diagnóstico principal de trastorno de ansiedad generalizada, pero no deben satisfacerse las pautas de episodio depresivo (F32.-), trastorno de ansiedad fóbica (F40.-), trastorno de pánico (F41.0) o trastorno obsesivo-compulsivo (F42.-).

I

Incluye:

Estado de ansiedad.

Neurosis de ansiedad. Reacción de ansiedad.

Excluye: Neurastenia (F48.0).

F42 Trastorno obsesivo compulsivo

Pautas para el diagnóstico

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

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

Incluye:

Neurosis obsesivo-compulsiva.

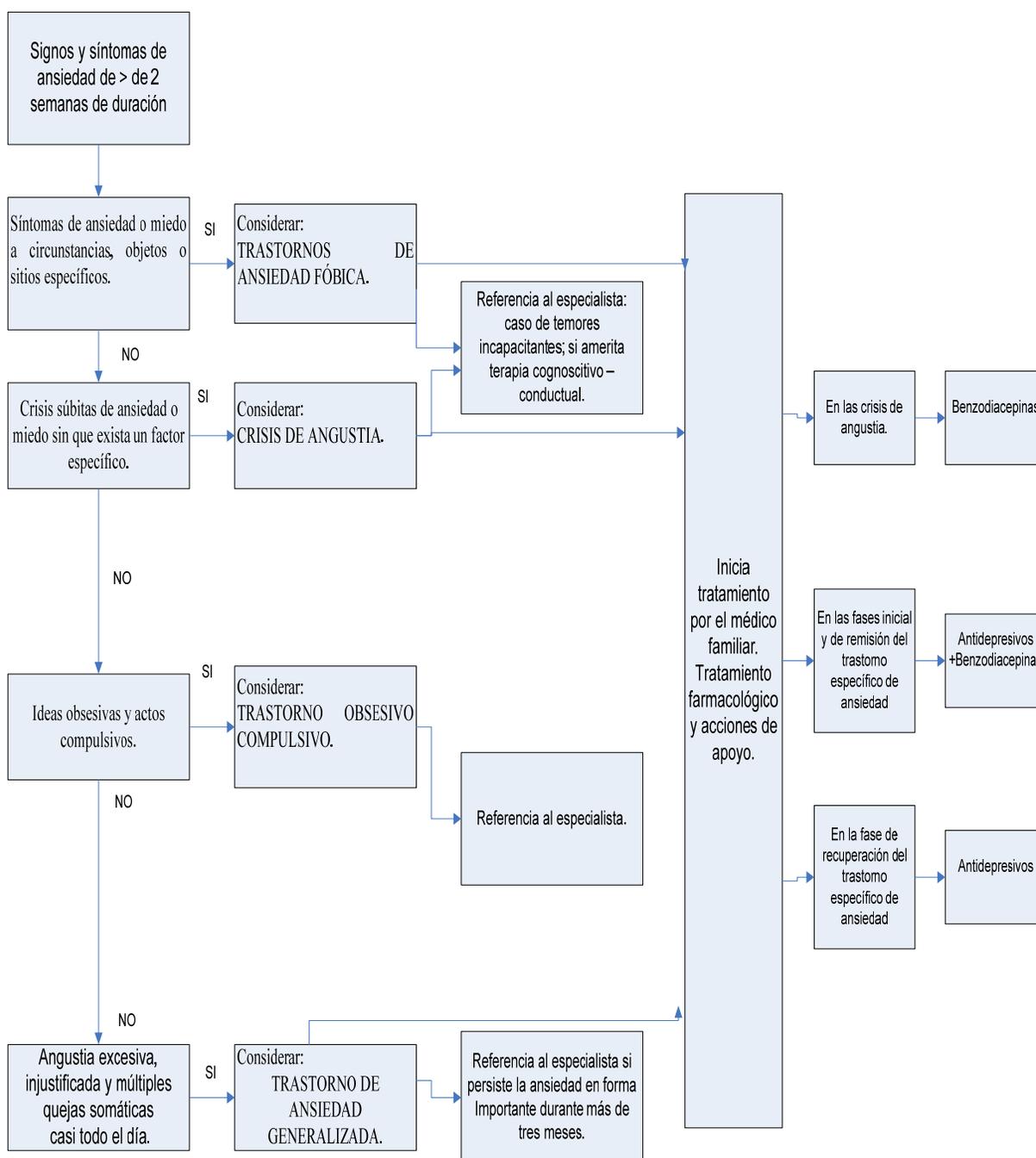
Neurosis obsesiva.

Neurosis anancástica

CUADRO 5. MEDICAMENTOS INDICADOS EN EL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD			
Principio Activo	Dosis recomendada	Presentación	Tiempo (período de uso)
Alprazolam	2-4 mg al día (Iniciar con 2 mg y manejar a dosis respuesta)	0.5, 1 y 2 mg con 30 tabs	De 4-8 semanas con horario, posteriormente a necesidad clínica
Bromacepam	6-12 mg/día (Iniciar con 6 mg y manejar a dosis respuesta)	3 mg (30 tabs)	De 4-8 semanas con horario, posteriormente a necesidad clínica
Citalopram	20-60 mg/día (Iniciar con 20 mg e incrementar 20 mg cada 5 días)	20 mg (14 y 28 tabs)	Exclusivamente durante la fase depresiva
Clonacepam	2-6 mg/día (Iniciar con 2 mg y manejar a dosis respuesta)	2 mg (30 Tabs)	De 4-8 semanas con horario, posteriormente a necesidad clínica
Clorimipramina	150-250 mg al día (Iniciar con 50 mg e incrementar de 25-50 mg cada 5 días)	25 mg con 30 tabs 75 mg con 10 tabs	De 18 a 24 meses
Fluoxetina	20-80 mg al día (Iniciar con 20 mg e incrementar 20 mg cada 5 días)	20 mg con 14 o 28 tabs	De 18 a 24 meses
Fluvoxamina	100-300 mg al día (Iniciar con 100 mg e incrementar 100 mg cada 5 días)	100 mg con 30 tabs	De 18 a 24 meses
Imipramina	150-250 mg al día (Iniciar con 50 mg e incrementar de 25-50 mg cada 5 días)	25 mg con 20 tabs	De 18 a 24 meses
Loracepam	2-5 mg/día (Iniciar con 2 mg y manejar a dosis respuesta)	1 mg (40 tabs)	De 4-8 semanas con horario, posteriormente a necesidad clínica
Paroxetina	40-80 mg al día (Iniciar con 20 mg e incrementar 20 mg cada 5 días)	20 mg con 10 tabletas	De 18 a 24 meses
Sertralina	100-200 mg al día (Iniciar con 50-100 mg e incrementar 50 mg cada 5 días)	50 mg con 14 cápsulas o tabletas	De 18 a 24 meses
Venlafaxina	150-300 mg al día (Iniciar con 75 mg e incrementar 75 cada 5 días)	75 mg con 10 cápsulas de liberación prolongada	De 18 a 24 meses

ALGORITMOS

ALGORITMO 1. DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD



ALGORITMO 2. TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

