GUIAS DE MANEJO TRANSTORNO DE ANSIEDAD PSIQUIATRIA

FEBRERO 2009

No de Revisión	Fecha	Elaboró	Revisó
00	Febrero 2009	Coordinación Médica	Dirección Prestación

GUIA DE MANEJO PARA TRANSTORNO DE ANSIEDAD

1. **DEFINICIÓN: La angustia** normalmente siempre está presente en el hombre conciente; se considera que es el motor de la vida psicológica, porque estimula al psiquismo en la búsqueda de soluciones adaptativas a conflictos y a los problemas propios de la existencia. Se expresa como una sensación de estrechamiento displacentero que produce de manera automática respuestas fisiológicas autónomas como taquicardia, sudoración, temblor distal, en ocasiones diarrea, urgencia urinaria y aprestamiento para la acción o parálisis de la misma. Estar angustiado es estar sobrecogido; la angustia inhibe.

La **ansiedad** es una condición en la que, siendo el afecto de base el mismo de la angustia, posee una expresión semiológica diferente, especialmente en lo sensoriomotriz: estar ansioso es estar sobresaltado.
Aunque también a veces se utiliza el término de angustia para las manifestaciones fisiológicas, y ansiedad para el componente subjetivo, en la práctica generalmente son indistinguibles y se usan como sinónimos.

Se define como **angustia patológica** un temor indefinido a algo desconocido y generalmente referido al futuro, corresponde a conflictos inconcientes no resueltos y sus manifestaciones se hacen a través de la esfera órgano visceral. Es vivida como una sensación de incomodidad del yo y de estrechamiento de la vida psicológica, y se acompaña de síntomas fisiológicos como sudoración profusa, frío, temblor distal, piloerección, urgencia urinaria, diarrea, taquicardia, dificultad para la concentración, etc.

Los **ataques de pánico** corresponden a las crisis agudas de angustia, cualitativamente diferentes de la ansiedad crónica. Son de inicios bruscos y espontáneos, de breve duración y episódicos; sus síntomas básicos son aprehensión y temor intolerables, con manifestaciones físicas variadas. El paciente puede describirlo como un temor a morir o a enloquecer.

La **ansiedad generalizada** es un síndrome en el que la ansiedad y la preocupación exageradas se centran en una amplia gama de acontecimientos y situaciones casi imposibles de controlar por el sujeto, acompañadas de otros síntomas de egodistonía. El **Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)** se define como preocupación y ansiedad excesiva e incontrolable en relación con situaciones de la vida diaria. Es un trastorno crónico, y esta asociado con marcada somatización, altos

índices de depresión y otros trastornos de ansiedad comórbidos, así como también con discapacidad significativa. En el **miedo** hay una situación de temor definido hacia cosas conocidas de la realidad actual del sujeto.
Los términos **estrés** o **tensión** se refieren a las consecuencias de condiciones externas o del ambiente que actúan sobre el individuo, maltratándolo sea por la intensidad del estímulo dañino o por la persistencia en el tiempo de condiciones que si duraran por corto tiempo solo serían incómodas.

Las **fobias** se definen como un grupo de trastornos en los que objetos bien definidos o algunas situaciones, usualmente inofensivas, evocan la ansiedad.

La **agorafobia** se refiere al temor a hallarse en situaciones o lugares públicos de los cuales sería difícil escapar en caso de una incapacidad súbita. Las situaciones más comúnmente evitadas son las multitudes, puentes, túneles, ascensores y transportes públicos.

Las **fobias sociales** se caracterizan por la evitación persistente de situaciones sociales generales, o cuando se lleva a cabo una actividad específica en presencia de otras personas (hablar en público, utilizar baños públicos, comer o escribir en presencia de otras personas).

El **Trastorno por estrés postraumático** se presenta en individuos que han experimentado un suceso extraordinario y psicológicamente traumático (asaltos, violaciones, actos terroristas, secuestros, catástrofes naturales o accidentes) y se manifiesta con un complejo sintomático que incluye la re- experimentación del suceso traumático, acompañada de una amplia gama de síntomas de ansiedad, alteraciones de sueño, sentimientos de culpa, problemas de concentración, depresión, irritabilidad, conductas explosivas y evitación fóbica de ciertas situaciones.

2. FISIOPATOLOGIA

La afectividad es generada subcorticalmente. El *rinencéfalo* genera no solo las emociones sino también el conjunto de posturas motoras, autonómicas y endocrinas que disponen a a la acción. El *sistema límbico* es el área de la asociación de las emociones que modula el estado emocional e interviene en el complejo campo de la elaboración de las motivaciones. Una de sus estructuras, el *hipocampo*, es generador de ansiedad.

El *locus coeruleus* es el centro neuroexcitatorio responsable de las crisis de pánico.
La *amígdala* también media en respuestas de ansiedad y pánico.
El *hipotálamo* dirige la expresión de los componentes motores y endocrinos del estado emocional.

El *lóbulo temporal* determina la presencia de episodios paroxísticos, cortos pero intensos de pánico y rabia, incluso en ausencia de desencadenante objetivable.
Además del papel que juegan las estructuras cerebrales en la génesis de la ansiedad, ésta puede surgir cuando las experiencias de apego que generan desde la infancia el comportamiento vincular característico de todas las especies "sociales" se ve interferido, y ello se visualiza en la *ansiedad de separación*, fenómeno fundamental de la vida psíquica.

En la vida cotidiana, ansiedad y depresión casi siempre coexisten bajo control del yo. A sí mismo, la condición humana comporta normalmente la presencia de angustia. En el adulto normal se espera que la respuesta afectiva no solo sea concordante con la realidad sino que sea proporcionada al estímulo desencadenante.

Entonces, la ansiedad puede volverse patológica cuando: no hay una causa objetiva ni aparente que la produzca; aunque habiendo una causa, la respuesta afectiva es desproporcionada a dicha causa y por tanto desborda el control del Yo, o cuando aunque haya causa la duración de la respuesta sea más prolongada en el tiempo que lo que para la mayoría de la gente represente la resolución del desbordamiento afectivo

3. CLASIFICACION

Según el CIE-10, los trastornos por ansiedad se clasifican en:

F.41	Otros trastornos de ansiedad
F.41.0	Trastorno de pánico (ansiedad paroxística episódica)
F.41.1	Trastorno por ansiedad generalizada
F.41.2	Trastorno mixto ansioso-depresivo
F41.3	Otro trastorno mixto de ansiedad
F41.8	Otros trastornos de ansiedad especificados
F41.9	Trastorno de ansiedad sin especificación
F.42	Trastorno obsesivo compulsivo
F.42.0	Con predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivas
F.42.1	Con predominio de actos compulsivos (rituales obsesivos)
F.42.2	Con actos e ideas obsesivas mixtas
F42.8	Otros trastornos obsesivo compulsivos
F.42.9	Trastorno obsesivo compulsivo, no especificado.
F.40	Trastornos fóbicos de ansiedad
F.40.0	Agorafobia
F.40.1	Fobias sociales
F.40.2	Fobias específicas (aisladas)
F.40.8	Otros trastornos fóbicos de ansiedad
F.40.9	Trastorno fóbico de ansiedad, no especificado.

F.43 Reacciones al estrés grave y trastornos de adaptación
F.43.0 Reacción al estrés agudo
F.43.1 Trastorno de estrés postraumático
F.43.2 Trastornos de adaptación
F.43.8 Otras reacciones al estrés grave
F.43.9 Reacciones al estrés grave, no especificada

Trastorno de ansiedad debido a una condición médica general (arritmias cardiacas, prolapso de válvula mitral, trastornos endocrinos), o al uso o abstinencia de substancias.
Trastorno de ansiedad no especificado

4. EPIDEMIOLOGIA

Los trastornos de ansiedad son uno de los grupos de trastornos psiquiátricos más frecuentes. El trastorno de ansiedad generalizada es más frecuente en mujeres y está relacionado con el estrés ambiental crónico. En el estudio nacional de salud mental (1993) se encontró una prevalencia de ansiedad del 9.6 % (para el género masculino de 7.1 % y para el femenino de 12.2 %, con una razón de 10 hombres por cada 17 mujeres con ansiedad (en ansiedad grave aumenta a 1 hombre por cada 3 mujeres). No se encontraron diferencias por grupos etarios en la prevalencia total, pero sí una tendencia positiva entre edad y ansiedad grave, a mayor edad mayor prevalencia de ansiedad grave. En cuanto a nivel social se encontró mayor prevalencia en niveles socioeconómicos bajos.

Los síntomas más frecuentes y graves son “sentirse nervioso”, seguido por “sentirse irritado”; el pánico es mas frecuente en mujeres. Entre los síntomas somáticos, los más comunes son los dolores de espalda, cuello y cefalea, seguidos por cansancio fácil y sensaciones de debilidad.

En cuanto a zona geográfica, la prevalencia de ansiedad se relaciona en forma positiva con las áreas más densas en población o de mayor conflicto armado.
La edad de inicio está entre los veinte y los treinta años, pero existen síntomas ansiosos desde edades tempranas, y aun cuadros completos del trastorno desde la pubertad.
Se observa tendencia heredo familiar clara

5. CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCION

5.1 ANAMNESIS Y EXAMEN FISICO
Evaluación en el momento de la urgencia:

1. Debe establecerse a que tipo de ansiedad corresponden los síntomas del paciente (crisis de pánico, ansiedad flotante, temores fóbicos, obsesiones, si esta relacionados con algún evento desencadenante).

2. Hacer énfasis en la anamnesis y elaboración de la Historia Clínica y el examen físico en descartar los factores orgánicos que pudieran estar produciendo la sintomatología. Obtener la historia de todas las drogas y fármacos que toma el paciente (cafeína, alcohol, hipnóticos, tranquilizantes, nicotina, estimulantes, broncodilatadores). En el examen físico hacer énfasis en el aparato cardiorrespiratorio y neurológico.

3. La entrevista con la familia es importante, buscando explorar la red de apoyo del paciente.

4. Practicar los exámenes de laboratorio que la condición clínica amerite, como Electrocardiograma, glicemia, electrolitos, pruebas de función tiroidea.

6. Establecer diagnóstico psiquiátrico con base en los síntomas presentados y en el diagnóstico diferencial, puesto que puede corresponder a un trastorno por angustia u otro trastorno psiquiátrico con angustia secundaria.

Entre las manifestaciones más frecuentes en la ansiedad-angustia, a nivel físico están los temblores, sacudidas, dolores de espalda y de cabeza, tensión muscular, disnea, hiperventilación, parestesias, fatigabilidad, rubor y palidez, taquicardia, palpitaciones, sudoración, manos frías, diarrea, boca seca, tenesmo vesical; a nivel psicológico, sentimientos de terror, dificultades en la atención, concentración y memoria, hipervigilancia, insomnio de conciliación, disminución del deseo sexual.

En las crisis de pánico la ansiedad se presenta de una manera súbita, recurrente e inesperada, de corta duración (hasta 30 minutos); no ocurren en situaciones en las que el sujeto es el foco de atención de los demás; los síntomas son similares a los de la ansiedad pero de una manera intensificada, pudiéndose presentar sensación de inestabilidad o de pérdida de la conciencia, dolor precordial, despersonalización, desrealización, sensación de muerte inminente, miedo a volverse loco o perder el control.

5.2 PARACLINICOS

En el momento de la Urgencia se deberá practicar los exámenes de laboratorio que la condición clínica amerite, como Electrocardiograma, glicemia, electrolitos, pruebas de función tiroidea.

5.3 DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Los pacientes obsesivos compulsivos suelen tener pensamiento casi mágico ante situaciones de estrés, por lo que se debe tener en cuenta la posibilidad de una esquizofrenia.

Los pacientes con depresión mayor pueden presentar rasgos obsesivos.
Las principales consideraciones a nivel orgánico son el hipertiroidismo, el cafeinismo, la angina inestable y el abuso de substancias; Muchos medicamentos de venta libre contienen agentes psicoestimulantes (por ejemplo fenilpropanolamina, fenilefrina y seudoefedrina), que pueden generar ansiedad significativa. Otras condiciones clínicas que se asocian a ansiedad son: Hipoparatiroidismo, Hipercalcemia, Hipocalcemia, Hiperpotasemia, Hipoglicemia, Hiponatremia; Feocromocitoma, Porfiria aguda, Epilepsia lóbulo temporal, Hipertensión arterial, Abstinencia de alcohol, opiáceos y barbitúricos, Accidentes cerebro-vasculares, Embolia pulmonar, Intoxicaciones por psicotrópicos (estimulantes- anfetaminas, cocaína, fenilpropanolamina; Xantinas – cafeína; Simpaticomiméticos

5.4 TRATAMIENTO

Manejo de la Urgencia

1. Medidas generales:

- Establecer una adecuada relación con el paciente, sin subestimarlo, teniendo en cuenta que el síntoma es una señal de alarma del paciente pidiendo ayuda.
- Tranquilizar al paciente explicándole que existe un diagnóstico y un tratamiento para lo que le está ocurriendo; explicarle la relación de sus síntomas físicos con la angustia.
- Colocar una bolsa de papel sobre la nariz y boca del paciente para que respire lentamente y así disminuir la hiperventilación.
- Utilizar ejercicios respiratorios y técnicas de relajación.
- Aclarar dudas y brindar información al paciente y a su grupo familiar, respecto la naturaleza del trastorno y sobre el proceso del tratamiento.

2. Tratamiento farmacológico:

- Administrar una benzodiacepina (cualquiera de ellas), así:
  - ALPRAZOLAN Tabletas 0.5 Mg. V.O.
  - LORAZEPAN Tabletas 2 Mg. VO. o sublingual.
  - DIAZEPAM Tabletas 10 Mg. V.O.
- Si el cuadro presenta agitación severa, manejarse de acuerdo a la Guía de Agitación.

3. Tratamiento a largo plazo (nivel especializado): A. Los pacientes con TAG que van a ser tratados con medicación deberían, en la mayoría de los casos, ser tratados con ISRS o IRSN como monoterapia de primera elección. Sólo en caso de requerir

una respuesta rápida o si el insomnio constituye un síntoma dominante se recomendará un tratamiento concomitante breve con BZD.

B. El tiempo de respuesta a una droga antidepresiva en el TAG es generalmente de 4-12 semanas. Con una dosis adecuada, para la 4-6 semanas uno espera por lo menos una respuesta parcial y el médico tratante incrementará progresivamente la dosis según como la medicación sea tolerada. La respuesta a las BZDs es generalmente más rápida que a los antidepresivos, y en caso de existir una respuesta insuficiente luego de 4-6 semanas, insistir con la medicación probablemente no producirá una mejoría.

C. Se deberá cambiar de medicamento en el caso de que un tratamiento adecuado haya fracasado en producir al menos un 25% de mejoría.

Los tratamientos usados en las últimas décadas en el TAG han sido las benzodiacepinas y ansiolíticos no benzodiacepínicos. Los datos surgidos a lo largo de los últimos años, han señalado que los antidepresivos son tan efectivos como los ansiolíticos para tratar el TAG. El empleo de los antidepresivos puede ser ventajoso además porque el TAG presenta alta comorbilidad con el Trastorno Depresivo Mayor (62%) o la Distimia (37%).

Las benzodiacepinas son los *fármacos de elección* en el tratamiento inicial del trastorno de ansiedad generalizada. Lo recomendable es prescribir benzodiacepinas durante un *período de tiempo limitado*, aplicando paralelamente los enfoques terapéuticos psicosociales.

Las benzodiacepinas pueden utilizarse en ansiedad generalizada, ataques de pánico, trastornos fóbicos, trastornos obsesivo-compulsivos, trastornos por estrés postraumático, insomnio, ansiedad asociada a enfermedades orgánicas o al uso de ciertos medicamentos, abstinencia de sustancias (alcohol u otras drogas), ansiedad ligada a trastornos depresivos o trastornos de adaptación, estabilizador en trastornos bipolares (clonacepam), acatisia secundaria a neurolépticos, agitación psicótica, convulsiones, tensión muscular, sedación previa a la cirugía o coadyuvantes de anestesia.

En cuanto a la dosificación, hay que tener en cuenta que tanto el margen terapéutico como las variaciones interpersonales son considerables. La individualización es necesaria cuando se pretende una *dosis ansiolítica mínima*.

Las benzodiacepinas están *contraindicadas* o deben emplearse con *precaución* en:
- *Miastenia gravis*
- Glaucoma de ángulo estrecho
- Insuficiencia respiratoria severa

• Apnea del sueño
• Alcoholismo o toxicomanía
• Gestación (especialmente en el primer trimestre)
• Lactancia
• Insuficiencia renal grave
• Insuficiencia hepática, en este caso se debe optar por el lorazepam ya que sólo sufre reacciones de conjugación
• Niños
• En pacientes *geriátricos* el efecto de las benzodiacepinas es superior al obtenido en la población adulta. Los ancianos son muy susceptibles a la ataxia y a las caídas. Suele ser conveniente ajustar la dosis al mínimo necesario en sujetos mayores de 65años.

El uso de benzodiazepinas en la primera fase del tratamiento con IRSSs u otros antidepresivos puede ser de utilidad fin de lograr un alivio sintomático hasta que el antidepresivo haya tenido tiempo suficiente para actuar (generalmente alrededor de 2-3 semanas) y para prevenir el ocasional deterioro inicial de la ansiedad presente al comienzo de la terapia con antidepresivos. Esto sea tal vez más factible si existe trastorno por pánico comórbido.

Antidepresivos
Se considera el tratamiento de primera línea los IRSS o IRSN. Para el TAG , el nivel 1 de evidencia avala los siguientes IRSS: escitalopram, paroxetina de liberación inmediata y sertralina. De las tres medicaciones mencionadas, sertralina sería la mejor opción en mujeres durante sus años reproductivos desde el punto de vista de la cantidad de información sobre la seguridad de su uso durante los períodos de embarazo y lactancia.
El nivel 1 de evidencia respalda el uso de drogas con IRSN, venlafaxina de liberación prolongada y duloxetina.

Otros antidepresivos (imipramina y trazodona) han demostrado mayor eficacia que el placebo.

Los niveles de evidencia más bajos respaldan el uso de mirtazapina en el TAG , así como también en el TAG con trastorno depresivo mayor comórbido . Existe cierta evidencia para citalopram nefazodona y fluoxetina en niños y adultos.

Una investigación que comparaba bupropion y escitalopram demostró que el bupropion es equivalente al escitalopram en el tratamiento del TAG.

Antihistamínicos

La hidroxicina, es efectiva en estudios de hasta doce semanas en el TAG. Es un ansiolítico ampliamente utilizado en algunos países, particularmente entre los especialistas en atención primaria, pero se recomienda su uso como agente de segunda línea teniendo en cuenta sus efectos adversos y su ineficacia para trastornos comórbidos.

5.5 CRITERIOS DE REMISION Y/O INTERCONSULTA
Para manejo Ambulatorio:

- A Trabajo Social:

Los casos en los que se evidencia disfunción familiar, social o laboral importantes.
Los casos en que se presume o evidencia mala red de apoyo.

- A Psicología:

Los casos de ansiedad-angustia, con causas relacionales o ambientales evidentes.
Los casos en los que se evidencia disfunción familiar, social o laboral importantes.

- A Psiquiatría:

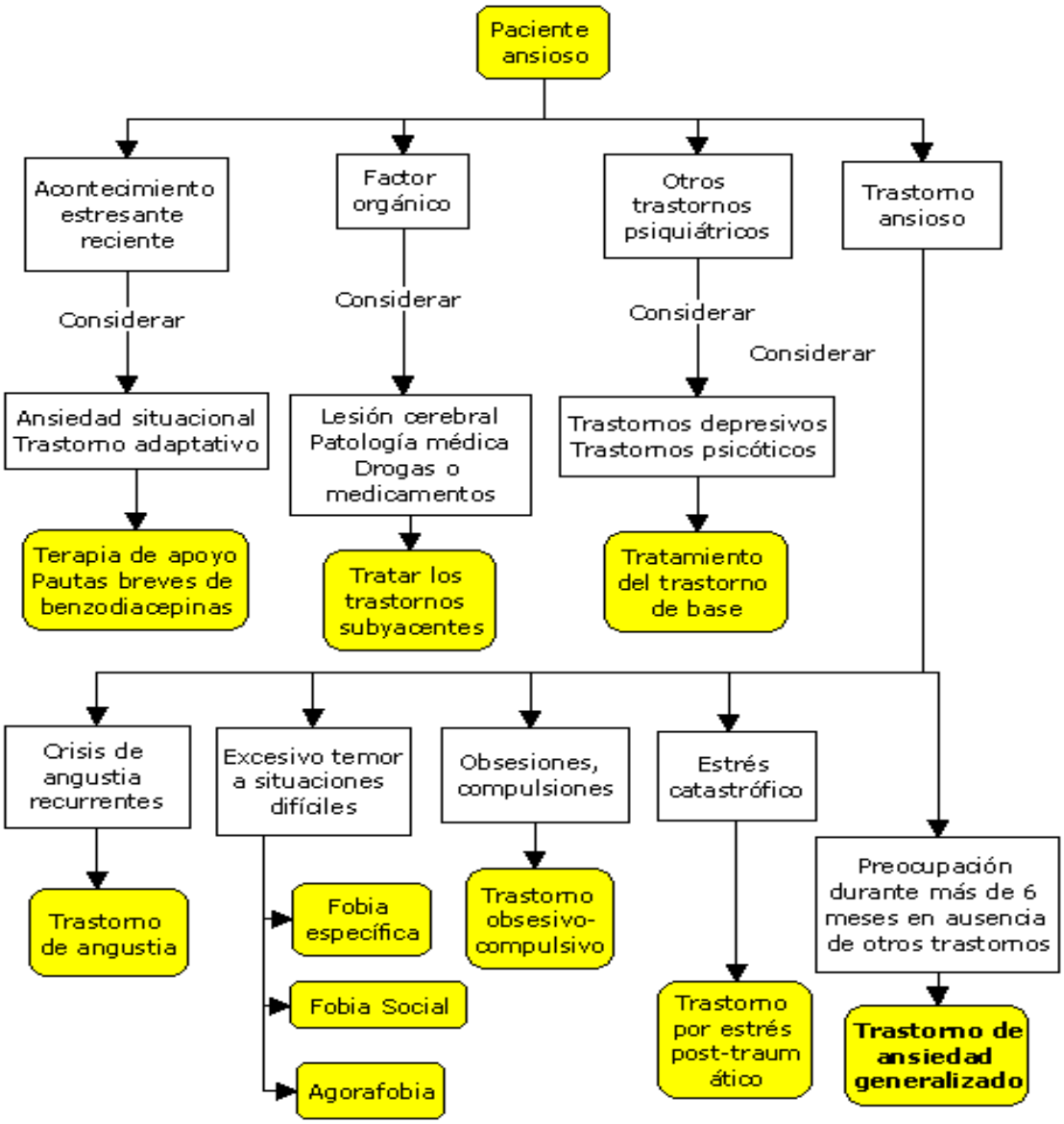
Las crisis de pánico.
Si se encuentra abuso de drogas.
Si se detecta abuso de alcohol como medida para controlar sus síntomas.
Cuando se evidencia relaciones interpersonales inadecuadas.
Cuando las actividades cotidianas, a nivel individual, familiar o laboral se encuentran comprometidas.
Para manejo Intra hospitalario:
Cuando además de la ansiedad el paciente presente asociado ideación suicida, o cuando la sintomatología ansiosa no se logre controlar.

5.6.1. Anexos mínimos a la remisión a Psiquiatría:

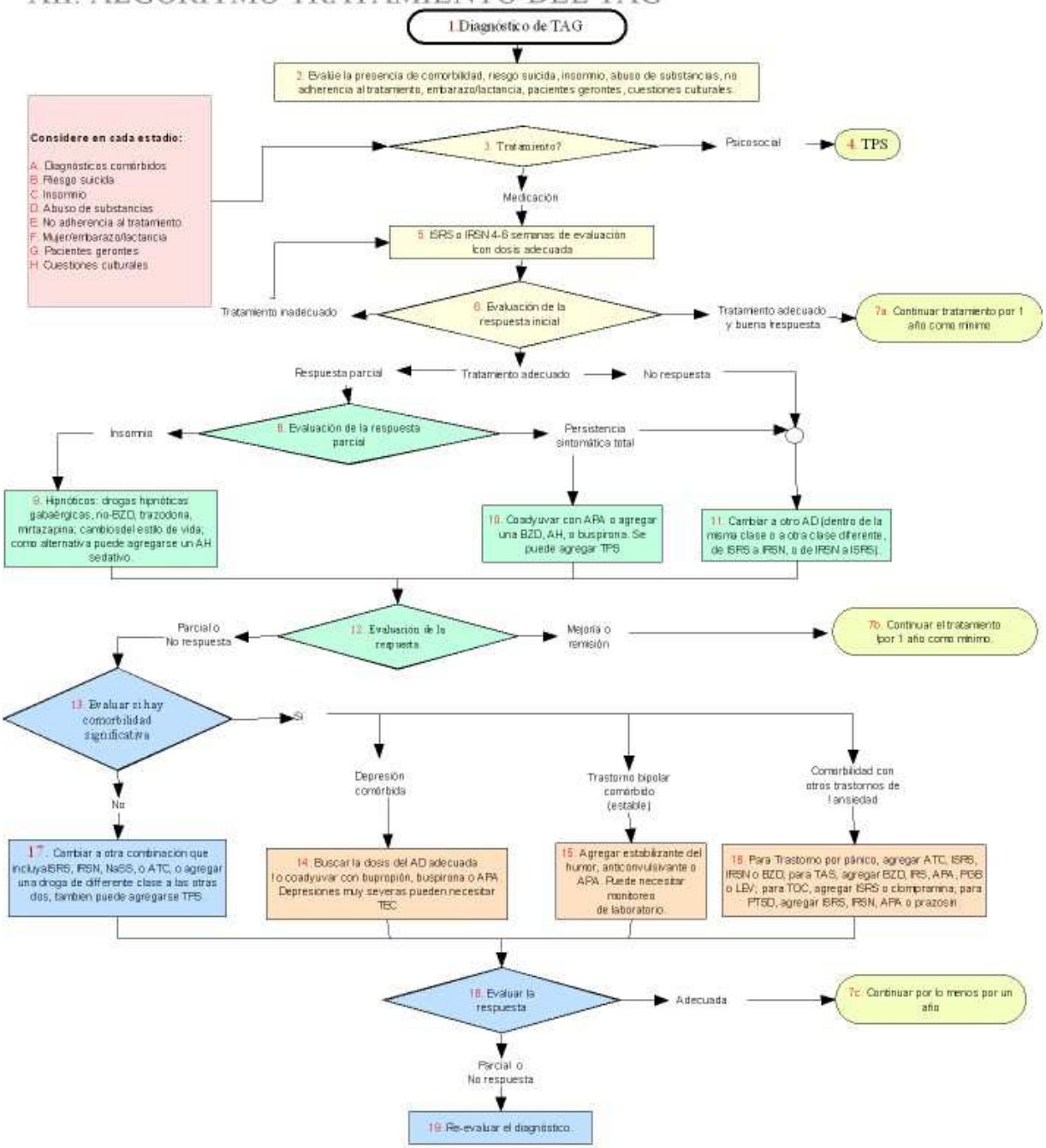
- Formato de Remisión completamente diligenciado

5.6 ALERTAS
No aplica

6. ALGORITMO


Paciente ansioso
Acontecimiento estresante reciente
Factor orgánico
Otros trastornos psiquiátricos
Trastorno ansioso
Considerar
Considerar
Considerar
Considerar
Ansiedad situacional Trastorno adaptativo
Lesión cerebral Patología médica Drogas o medicamentos
Trastornos depresivos Trastornos psicóticos
Terapia de apoyo Pautas breves de benzodiacepinas
Tratar los trastornos subyacentes
Tratamiento del trastorno de base
Crisis de angustia recurrentes
Excesivo temor a situaciones difíciles
Obsesiones, compulsiones
Estrés catastrófico
Preocupación durante más de 6 meses en ausencia de otros trastornos
Trastorno de angustia
Fobia específica
Fobia Social
Agorafobia
Trastorno obsesivo-compulsivo
Trastorno por estrés post-traumático
Trastorno de ansiedad generalizado

XII. ALGORITMO TRATAMIENTO DEL TAG



Adaptado de: IPAP Algoritmo para el Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD). (December,2008). www.ipap.org/gad

7. RECOMENDACIONES PARA PACIENTES

No de Revisión	Fecha	Elaboró	Revisó
00	Febrero 2009	Coordinación Médica	Dirección Prestación

Evite la cafeína y el alcohol.

Manténgase activo. El esfuerzo físico ayuda a disminuir la ansiedad.

ANEXO NO 1

RECOMENDACIONES PARA PACIENTES CON TRASTORNO DE ANSIEDAD

INFORMACION BASICA

DESCRIPCION

Una enfermedad que envuelve una preocupación constante incluso cuando no hay nada por lo que preocuparse. La persona se siente tensa la mayoría del tiempo y siempre espera que lo peor ocurra. Se pueden preocupar por la salud, el dinero, la familia, el trabajo, o en algunas ocasiones por una amenaza no específica o desconocida. Los síntomas pueden ser severos e interferir con el diario vivir. Los intentos de evitar la ansiedad conduce a más ansiedad. Generalmente la ansiedad comienza lentamente y puede comenzar en la infancia, adolescencia o adultez. Es más común en las mujeres.

SIGNOS Y SINTOMAS FRECUENTES

- Sensación de que algo indeseado o peligroso va a suceder en cualquier momento.
- Preocupación constante acerca de asuntos (grandes y pequeños).
- Dolores y molestias por razones desconocidas.
- Sensación de cansancio.
- Incapacidad para relajarse.
- Tensión muscular; dolores de cabeza; dolor de espalda.
- Problemas para quedarse o permanecer dormido.
- Sequedad en la boca, dificultad para tragar o ronquera.
- Espasmos o temblores.
- Incapacidad para enfocarse o concentrarse.
- Sensación de irritabilidad y mal humor.
- Náuseas; diarrea; pérdida de peso.
- Sudores o sofocones calientes.
- Sobresaltarse con facilidad.

CAUSAS

Es bastante probable que sea una combinación de factores hereditarios, ambientales (tales como las experiencias de la niñez) y trastornos químicos en el cerebro.

EL RIESGO AUMENTA CON

- Mujeres.
- Situaciones estresantes o crisis en la vida.
- Antecedentes familiares de trastornos de ansiedad.
- Otras enfermedades emocionales o mentales (depresión, trastorno de pánico, fobias o distimia).
- Abuso de alcohol o sustancias.
- Falta de conexiones sociales.
- Ciertos aspectos de la personalidad (ser tímido o aprensivo).
- Vivir bajo condiciones de pobreza, en un grupo de minoría o ser inmigrante.

MEDIDAS PREVENTIVAS

En la actualidad no hay medidas preventivas específicas.

PRONOSTICO

La ansiedad puede controlarse con tratamiento. El superar la ansiedad con frecuencia resulta en una vida más rica y satisfactoria.

POSIBLES COMPLICACIONES

- Incapacidad social o no poder funcionar en el trabajo.
- Depresión, trastorno de pánico o fobia social.
- Dependencia a drogas o alcohol.

DIAGNOSTICO y TRATAMIENTO

MEDIDAS GENERALES

- El proveedor del cuidado de la salud hará un examen físico y preguntará acerca de los síntomas. Se puede hacer un examen de salud mental. No hay un examen específico para diagnosticar la ansiedad. Se pueden hacer exámenes médicos para descartar la posibilidad de otros trastornos médicos.
- El tratamiento puede incluir psicoterapia (tratamiento de los problemas emocionales y mentales), auto-cuidado y medicamentos.
- Frecuentemente se recomienda la terapia cognoscitiva del comportamiento. Los aspectos cognoscitivos enseñan como cambiar los pensamientos, los comportamientos o las actitudes. El elemento de comportamiento enseña maneras de reducir la ansiedad con respiración profunda y relajamiento muscular.
- Las medidas de auto-cuidado incluyen:

Hablar con un amigo o un miembro de la familia acerca de sus sentimientos. Esto en algunas ocasiones disminuye la ansiedad.

Mantenga un diario acerca de sus pensamientos ansiosos o emociones. Considere las causas y posibles soluciones.

Únase a un grupo de auto-ayuda.

Aprenda técnicas de relajación. Para algunas personas la meditación es efectiva.

Reduzca el estrés en su vida cuando sea posible.

MEDICAMENTOS

- Se pueden recetar medicamentos contra la ansiedad.
- Se pueden recetar antidepresivos.

ACTIVIDADES

Manténgase activo. El esfuerzo físico ayuda a disminuir la ansiedad.

DIETA

Ninguna en especial. Evite la cafeína y el alcohol.

AVISENOS AL CONSULTORIO SI

- Usted o un miembro de su familia tiene síntomas de ansiedad.
- Los síntomas vuelven a ocurrir después del tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

- Guía basada en las guías médicas de la Policía Nacional adaptada por Colombiana de Salud S.A.; teniendo en cuenta que son regímenes de excepción.