Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria

NOTA:

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y **su vigencia no ha sido revisada.**

Por este motivo, **se desconoce si sus recomendaciones continúan vigentes**, por lo que deben ser consideradas con precaución y aplicadas teniendo en cuenta **el juicio clínico y las circunstancias individuales de cada paciente.**

Versión completa

GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS
MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

Gobierno de España · Ministerio de Sanidad y Consumo
Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud
SaludMadrid · Agencia Laín Entralgo para la Formación, Investigación y Estudios Sanitarios · Comunidad de Madrid

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS
MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

GOBIERNO DE ESPAÑA
MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud

SaludMadrid
Agencia Laín Entralgo para la Formación, Investigación y Estudios Sanitarios
Comunidad de Madrid

Esta GPC es una ayuda a la toma de decisiones en la atención sanitaria. No es de obligado cumplimiento ni sustituye el juicio clínico del personal sanitario.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Edita:

Agencia Laín Entralgo. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias

Gran Vía, 27

28013 Madrid

España-Spain

NIPO: 477-08-020-7

© de la presente edición: Ministerio de Sanidad y Consumo

© de los contenidos: Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid

Maquetación e impresión: www.cege.es Eloy Gonzalo, 25, 1º izda. 28010 Madrid

Esta GPC ha sido financiada mediante el convenio suscrito por el Instituto de Salud Carlos III, organismo autónomo del Ministerio de Sanidad y Consumo, y la Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de la Agencia Laín Entralgo (Comunidad de Madrid), en el marco de colaboración previsto en el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Esta guía debe citarse:

Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS Nº 2006/10.

GOBIERNO DE ESPAÑA
MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud

SaludMadrid
Agencia Laín Entralgo para la Formación, Investigación y Estudios Sanitarios
Comunidad de Madrid

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Índice

Presentación oficial 7

Autoría y colaboraciones 9

Preguntas para responder 11

Resumen de las recomendaciones 13

1. Introducción 21

2. Alcance y objetivos 27

3. Metodología 29

4. Definición, manifestaciones clínicas y clasificaciones 31

4.1. Ansiedad normal y patológica 31

4.2. Clasificaciones 32

5. Diagnóstico de la ansiedad 35

5.1. Criterios diagnósticos 35

5.2. Entrevista semiestructurada 48

5.3. Uso de escalas 49

5.4. Algoritmo diagnóstico 52

6. Tratamiento de la ansiedad 53

6.1. Tratamiento psicológico 53

6.1.1. Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) 55

6.1.2. Trastorno de Angustia con o sin agorafobia (TA) 60

6.1.3. Crisis de angustia/pánico 65

6.2. Técnicas psicológicas de aplicación posible en nuestro ámbito de Atención Primaria 66

6.3. Tratamiento farmacológico 70

6.3.1. Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) 70

6.3.2. Trastorno de angustia con o sin agorafobia (TA) 79

6.3.3. Crisis de angustia/pánico 85

6.4. Tratamiento combinado: terapias psicológica y farmacológica 86

6.4.1. Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) 87

6.4.2. Trastorno de angustia con o sin agorafobia (TA) 88

6.4.3. Crisis de angustia/pánico 92

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

6.5. Otros tratamientos 92
6.5.1. Tratamientos de autoayuda 92
6.5.2. Hierbas medicinales 95

7. Información/comunicación al paciente 99

8. Estrategias diagnósticas y terapéuticas 101
8.1 Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) 102
8.2. Trastorno de Angustia (TA) 104
8.3. Crisis de Pánico 106

9. Difusión e implementación 107

10. Recomendaciones de investigación futura 111

11. Anexos 115
Anexo 1. Niveles de evidencia y grados de recomendación (SIGN) 115
Anexo 2. Instrumentos de medida de la ansiedad 116
Anexo 3. Preguntas clave para la entrevista ante la sospecha de trastornos de ansiedad 119
Anexo 4. Información para el paciente 120
Anexo 5. Glosario y abreviaturas 136
Anexo 6. Declaración de interés 140

12. Bibliografía 145

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Presentación oficial

La práctica asistencial se hace cada vez más compleja por múltiples factores de los que el incremento exponencial de información científica es uno de los más relevantes.

Para que las decisiones clínicas sean adecuadas, eficientes y seguras, los profesionales necesitan actualizar permanentemente sus conocimientos, objetivo al que dedican importantes esfuerzos.

En el año 2003 el Consejo Interterritorial del SNS creó el proyecto Guía-Salud que tiene como objeto final la mejora en la toma de decisiones clínicas basadas en la evidencia científica, a través de actividades de formación y de la configuración de un registro de Guías de Práctica Clínica (GPC) en el Sistema Nacional de Salud. Desde entonces, el proyecto GuíaSalud ha evaluado decenas de GPC de acuerdo con criterios explícitos generados por su comité científico, las ha registrado y las ha difundido a través de Internet.

A principios del año 2006 la Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud elaboró el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud que se despliega en 12 estrategias. El propósito de este Plan es incrementar la cohesión del Sistema Nacional de Salud y ayudar a garantizar la máxima calidad de la atención sanitaria a todos los ciudadanos con independencia de su lugar de residencia.

En ese contexto, en 2007 se renovó el proyecto GuíaSalud creándose la Biblioteca de Guías de Práctica Clínica. Este proyecto profundiza en la elaboración de GPC e incluye otros servicios y productos de Medicina Basada en la Evidencia. Asimismo pretende favorecer la implementación y la evaluación del uso de GPC en el Sistema Nacional de Salud.

Un primer paso consistió en el encargo de la elaboración de ocho GPC a diferentes agencias y grupos expertos en patologías prevalentes relacionadas con las estrategias de salud. Esta guía sobre Ansiedad es fruto de este encargo.

También se encargó la definición de una metodología común de elaboración de GPC para el SNS, que se ha elaborado como un esfuerzo colectivo de consenso y coordinación entre los grupos expertos en GPC en nuestro país. Esta metodología ha servido de base para la elaboración de esta guía de Ansiedad y del resto de GPC dentro del Plan de Calidad.

Como es sabido, los trastornos mentales constituyen una importante carga social y económica, tanto por su frecuencia, coexistencia y comorbilidad, como por la discapacidad que producen.

Entre los problemas de salud mental, los trastornos de ansiedad se asocian con importantes niveles de incapacidad y con un impacto considerable en el bienestar personal y en las relaciones sociales y laborales. El agravante de su alta prevalencia y el curso recurrente o incluso crónico de muchos de estos trastornos los puede hacer tan inhabilitantes como cualquier otra enfermedad crónica.

Los trastornos de ansiedad, en sí mismos o asociados a otras patologías, son una de las causas más frecuentes de consulta en Atención Primaria, existiendo además cierta variabilidad en su manejo. La falta de una pauta común de presentación, la somatización y asociación con enfermedades crónicas, así como la necesidad de una terapéutica específica

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

y en ocasiones prolongada en el tiempo, hace que el manejo de estos pacientes resulte complejo.

La *Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria* tiene el objetivo de proporcionar a los profesionales recomendaciones prácticas basadas en la evidencia científica, para abordar la detección y el tratamiento efectivo de estos trastornos, ofreciendo las alternativas terapéuticas idóneas en cada proceso.

Para la elaboración de la guía se ha contado tanto con los profesionales implicados en la asistencia, como con los propios pacientes y las sociedades científicas. Con ella se pretende mejorar la atención de los pacientes con trastornos de ansiedad y la calidad de vida de estos pacientes.

Dr. Alberto Infante Campos
D. G. de la Agencia de Calidad del SNS

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Autoría y colaboraciones

Grupo de Trabajo de la GPC para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria

Antonio Bulbena Vilarrasa, psiquiatra, director Instituto Atención Psiquiátrica Hospital del Mar, Barcelona

Rafael Casquero Ruiz, médico de familia y psiquiatra, coordinador del Centro de Salud Las Cortes, Madrid

María Lª de Santiago Hernando, médico de familia, Centro de Salud Castilla la Nueva, Fuenlabrada (Madrid)

Mª Isabel del Cura González, médico de familia, Centro Salud Mendiguchía, Leganés (Madrid)

Petra Díaz del Campo, socióloga, Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (UETS), Agencia Laín Entralgo, Consejería Sanidad y Consumo, Madrid

Mercedes Fontecha Cabezas, paciente, Madrid

Ana García Laborda, enfermera especialista en Salud Mental, Centro de Salud Mental Parla, Madrid

Javier Gracia San Román, médico medicina preventiva y salud pública, Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (UETS), Agencia Laín Entralgo, Consejería Sanidad y Consumo, Madrid

Manuel Pereira Fernández, psiquiatra, jefe Servicios de Salud Mental Latina, Centro Salud Mental Galiana, Madrid

Mª Concepción Pozo Pino, trabajadora social de atención primaria, Centro de Salud Campo de la Paloma, Madrid

Violeta Suárez Blázquez, psicóloga clínica, Centro Salud Mental Majadahonda, Madrid

Mª Eugenia Tello Bernabé, enfermera de atención primaria, Centro Salud El Naranjo, Fuenlabrada (Madrid)

Victoria Torralba Castelló, enfermera de atención primaria, Centro Salud Parque Europa, Pinto (Madrid)

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Coordinación

Francisco Javier Gracia San Román y Petra Díaz del Campo Fontecha, técnicos de la Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (UETS), Madrid

Revisión externa

Javier García Campayo, psiquiatra y profesor asociado Hospital Universitario Miguel Servet y Universidad de Zaragoza

José Antonio Castro Gómez, médico de familia, Centro de Salud Almanjáyar, Granada

Víctor Contreras García, Federación Madrileña de Asociaciones Pro Salud Mental, Madrid

Marta Alcaraz Borrajo, farmacéutica de atención primaria, área 6, Madrid

Rubén Casado Hidalga, psicólogo, Asociación Madrileña de Pánico y Agorafobia, Madrid

Sociedades colaboradoras

Esta GPC cuenta con el respaldo de las siguientes sociedades:

Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN)

Asociación Madrileña de Pánico y Agorafobia (AMADAG)

Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES)

Federación Madrileña de Asociaciones Pro Salud Mental (FEMASAN)

Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)

Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFYC)

Sociedad Española de Psiquiatría (SEP)

Sociedad Madrileña de Medicina de Familia y Comunitaria (SoMaMFYC)

Unión Española de Sociedades Científicas de Enfermería (UESCE)

Miembros de estas sociedades han participado en la autoría o revisión externa de la GPC.

Declaración de interés: Todos los miembros del Grupo de Trabajo, así como las personas que han participado en la revisión externa, han realizado la declaración de interés que se presenta en el Anexo 6.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Preguntas para responder

Definición, manifestaciones clínicas y clasificaciones

- ¿Cuál es la definición de ansiedad como síntoma/síndrome?
- ¿Cuál es la definición de ansiedad como cuadro clínico específico?
- ¿Cuál es la clasificación de los trastornos de ansiedad?

Criterios diagnósticos

- ¿Cuáles son los criterios diagnósticos de los diferentes trastornos de ansiedad?
- ¿Cuáles son los criterios de sospecha de un trastorno de ansiedad?
- ¿Cuál debe ser el estudio inicial de personas adultas con sospecha de trastorno de ansiedad para detectarlo precozmente?
- ¿Existen preguntas clave que puedan ayudar a los profesionales de Atención Primaria a detectar los trastornos de ansiedad en la entrevista con el paciente?
- ¿Cuáles son los diagnósticos diferenciales a tener en cuenta?

Tratamiento

- ¿Cuál es el tratamiento más efectivo para el trastorno de ansiedad generalizada?
- ¿Cuál es el tratamiento más efectivo para el trastorno de angustia?
- ¿Cuál es el tratamiento más efectivo para la crisis de angustia/pánico?

Información/comunicación al paciente

- ¿Cuál es la información básica que se debe proporcionar a los pacientes con trastornos de ansiedad?
- ¿Cuál es la información básica que se debe proporcionar a la familia de los pacientes con trastornos de ansiedad?
- ¿Cuál es la mejor manera de comunicar al paciente su trastorno?

Estrategias diagnósticas y terapéuticas

- ¿Cuáles son los pasos a seguir ante un trastorno de ansiedad (TAG,TA y crisis de pánico)?
- ¿Cuáles son los criterios de derivación desde Atención Primaria a Salud Mental?

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Difusión e implementación

- ¿Cuál es la estrategia de difusión e implementación de la guía?
- ¿Cuáles son los indicadores para la monitorización de las recomendaciones clave?

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

CITA: Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid, 2008. Guía de Práctica Clínica: UETS Nº 2006/10.

Resumen de las recomendaciones

Tratamiento psicológico

Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) para el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)

Recomendaciones generales	
A	Se recomienda la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) como uno de los tratamientos de elección para el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) por su efectividad en la reducción de los síntomas de ansiedad, preocupación y tristeza, tanto a corto como a largo plazo, aunque se deben tener en cuenta las preferencias del paciente.
A	Las intervenciones con TCC deben incluir una combinación de intervenciones tales como reestructuración cognitiva, exposición, relajación y desensibilización sistemática.
A	La TCC debe ser aplicada en unas 10 sesiones (unos 6 meses) como media, ya que no se consigue una mayor efectividad aplicándola durante más tiempo.
A	La TCC puede ser aplicada de manera individual o en grupo, ya que los efectos son similares, aunque el tratamiento individual conlleva menores tasas de abandono.
Atención Primaria	
B	Se recomienda la aplicación de intervenciones cognitivo-conductuales (relajación, reconocimiento de pensamientos ansiogénicos y de falta de autoconfianza, búsqueda de alternativas útiles y entrenamiento en acciones para resolución de problemas, técnicas para mejorar el sueño y trabajo en casa) por profesionales entrenados en los centros de salud.
B	Se aconseja la realización de talleres grupales basados en relajación y técnicas cognitivas aplicables en los centros de salud.
√	Los talleres grupales, deben tener una duración de al menos 8 sesiones (1 por semana), realizarse de forma reglada y ser dirigidos por profesionales entrenados de los equipos de Atención Primaria.

Técnicas psicológicas de aplicación en nuestro contexto de Atención Primaria para el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)

√	Las intervenciones breves en AP deben realizarse por profesionales formados y tener unas características comunes de aplicabilidad: ser estructuradas, sencillas y fáciles de aplicar, breves, con tiempos pautados, objetivos concretos y con efectividad descrita.
√	Como técnicas psicológicas de posible aplicación en AP, para reducir la sintomatología ansiosa del TAG, se recomiendan: técnicas de relajación, de exposición, de autocontrol, de entrenamiento en habilidades sociales, de autoinstrucciones, de entrenamiento en el manejo de la ansiedad, de distracción cognitiva y detención del pensamiento, de resolución de problemas, de reestructuración cognitiva y de terapia interpersonal.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) para el Trastorno de Angustia (TA)

Recomendaciones generales	
A	Se recomienda la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) como uno de los tratamientos de elección para el Trastorno de Angustia (TA) por su efectividad en la mejora de los síntomas de pánico, en la calidad de vida y en la reducción de los síntomas de tipo depresivo, aunque se deben tener en cuenta las preferencias del paciente.
A	Las intervenciones con TCC deben incluir una combinación de intervenciones tales como psicoeducación, exposición a los síntomas o situaciones, reestructuración cognitiva, técnicas de respiración, relajación y de manejo del pánico.
A	La TCC debe ser aplicada, como media, en unas 8-16 sesiones semanales de 1 a 2 horas.
B	Para aliviar los síntomas del TA con una agorafobia media o moderada, se recomiendan intervenciones de TCC que incluyan exposición *in vivo.*
Atención Primaria	
B	Se recomienda la aplicación de intervenciones cognitivo-conductuales en los centros de salud por profesionales entrenados, preferiblemente de manera individual, mediante exposición y reestructuración cognitiva.
B	Se aconseja la realización de talleres grupales basados en relajación y técnicas cognitivas aplicables en los centros de salud.
√	Los talleres grupales, deben tener una duración de al menos 8 sesiones (1 por semana), realizarse de forma reglada y ser dirigidos por profesionales entrenados de los equipos de Atención Primaria.

Técnicas psicológicas de aplicación en nuestro contexto de Atención Primaria para el Trastorno de Angustia (TA)

√	Las intervenciones breves en AP deben realizarse por profesionales formados y tener unas características comunes de aplicabilidad: ser estructuradas, sencillas y fáciles de aplicar, breves, con tiempos pautados, objetivos concretos y con efectividad descrita.
√	Como técnicas psicológicas de posible aplicación en AP, para reducir la sintomatología ansiosa del TA, se recomiendan: técnicas de relajación, de exposición, de autocontrol, de entrenamiento en habilidades sociales, de autoinstrucciones, de entrenamiento en el manejo de la ansiedad, de distracción cognitiva y detención del pensamiento, de resolución de problemas, de reestructuración cognitiva y de terapia interpersonal.

Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) en AP para la Crisis de Angustia

√	Se recomiendan las siguientes técnicas psicológicas en AP para controlar los síntomas relacionados con la crisis de ansiedad: • Medidas conductuales y de apoyo que contienen psicoeducación: tranquilizar al paciente y consejos de actuación por escrito. • Entrenamiento en el manejo de los síntomas: enseñanza de técnicas de relajación y aprendizaje de ejercicios de respiración para manejar la hiperventilación. • Técnicas de exposición.
√	Se debe informar a la familia sobre este tipo de actuaciones para ayudar en la resolución de nuevas crisis.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Tratamiento farmacológico

Antidepresivos para el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)

A	Se recomienda la utilización de los antidepresivos como uno de los tratamientos farmacológicos de elección para el TAG.
B	Como antidepresivos a utilizar, se recomiendan, los ISRS (paroxetina, sertralina o escitalopram), los ISRSN (venlafaxina de liberación prolongada) y los ADT (imipramina).
C	No se recomienda la prescripción de la venlafaxina a pacientes con alto riesgo de arritmias cardiacas o infarto de miocardio reciente, y en pacientes hipertensos sólo se utilizará cuando la hipertensión esté controlada.
√	Cuando la respuesta a las dosis óptimas de uno de los ISRS es inadecuada o no son bien tolerados, debe cambiarse a otro ISRS. Si no hay ninguna mejoría después de 8-12 semanas, considerar la utilización de otro fármaco con diferente mecanismo de acción (ISRSN, ADT).
B	Durante el embarazo la elección del tratamiento debe considerar si las ventajas potenciales para la madre debidas a los ISRS prescritos superan los posibles riesgos para el feto.
B	Para disminuir el riesgo potencial de efectos adversos neonatales, se debe usar la dosis eficaz más baja de ISRS, la duración de tratamiento más corta posible y como monoterapia.
√	En la prescripción de los antidepresivos los pacientes deben ser informados de los objetivos terapéuticos, la duración del tratamiento, los posibles efectos secundarios y los riesgos de la interrupción brusca del tratamiento.
√	En la prescripción de los antidepresivos considerar: edad, tratamiento previo, tolerancia, posibilidad de embarazo, efectos secundarios, preferencias del paciente y el coste a igual efectividad.

Nota: La Ficha Técnica de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS)[142] para la sertralina, no recoge la indicación terapéutica para el TAG. En el caso de la imipramina (Ficha Técnica no disponible) el prospecto tampoco recoge dicha indicación.

Benzodiacepinas (BZD) para el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)

B	Se recomienda la utilización a corto plazo de las BZD, no más allá de 4 semanas, y cuando sea crucial el control rápido de los síntomas o mientras se espera a la respuesta del tratamiento con antidepresivos o TCC.
B	Como BZD a utilizar se recomiendan alprazolam, bromazepam, lorazepam y diazepam.
B	Para evitar el riesgo potencial de defectos congénitos, se debe usar la dosis eficaz más baja de BZD, la duración de tratamiento más corta posible y como monoterapia. Si se necesitan concentraciones más altas, se debería dividir, la dosificación diaria en dos o tres dosis, evitando el empleo durante el primer trimestre.
√	En la prescripción de las BZD los pacientes deben ser informados de los objetivos terapéuticos, la duración del tratamiento y de los posibles efectos secundarios.
√	En la prescripción de las BZD considerar: edad, tratamiento previo, tolerabilidad, posibilidad de embarazo, efectos secundarios, preferencias del paciente y el coste a igual efectividad.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Otros fármacos para el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)

Otros fármacos	
B	Se pueden utilizar azapironas (buspirona) a corto plazo, sobre todo en aquellos pacientes con TAG que previamente no hayan tomado BZD, aunque en España su uso es muy limitado.
√	La utilización de otros fármacos como la pregabalina, hidroxicina, antipsicóticos atípicos y otros, bien por su poca experiencia en clínica o por su indicación para TAG refractarios, deberían ser pautados tras la valoración del paciente en Atención Especializada en Salud Mental.
No recomendados	
B	No se recomienda la utilización de los Beta-bloqueantes (propranolol) para el tratamiento del TAG.

Antidepresivos para el Trastorno de Angustia (TA)

A	Se recomienda la utilización de los antidepresivos como uno de los tratamientos farmacológicos de elección para el TA.
B	Como antidepresivos a utilizar, se recomiendan, los ISRS (citalopram, escitalopram, fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina y sertralina), los ISRSN (venlafaxina de liberación prolongada) y los ADT (clorimipramina e imipramina).
C	No se recomienda la prescripción de la venlafaxina a pacientes con alto riesgo de arritmias cardiacas o infarto de miocardio reciente; en pacientes hipertensos sólo se utilizará cuando la hipertensión esté controlada.
√	Cuando la respuesta a las dosis óptimas de uno de los ISRS es inadecuada o no son bien tolerados, debe cambiarse a otro ISRS. Si no hay ninguna mejoría después de 8-12 semanas, considerar la utilización de otro fármaco con diferente mecanismo de acción (ISRN, ADT, mirtazapina).
B	La interrupción del tratamiento con antidepresivos conlleva un riesgo de recaídas, por lo que la terapia en muchos de los pacientes debe realizarse a largo plazo (al menos 12 meses).
B	Durante el embarazo la elección del tratamiento debe considerar si las ventajas potenciales debidas a los ISRS prescritos para la madre superan los posibles riesgos para el feto.
B	Para evitar el riesgo potencial de efectos adversos neonatales, se debe usar la dosis eficaz más baja de ISRS y la duración de tratamiento más corta posible, y a ser posible como monoterapia.
√	En la prescripción de los antidepresivos los pacientes deben ser informados de los objetivos terapéuticos, la duración del tratamiento, los posibles efectos secundarios y los riesgos de la interrupción brusca del tratamiento.
√	En la prescripción de los antidepresivos considerar: edad, tratamiento previo, tolerancia, posibilidad de embarazo, efectos secundarios, preferencias del paciente y el coste a igual efectividad.

Nota[142]:

- La Ficha Técnica de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) para la venlafaxina, la fluoxetina y la fluvoxamina, no recoge la indicación terapéutica para el TA.
- La Ficha Técnica del medicamento clorimipramina y el prospecto de la imipramina (Ficha Técnica no disponible) incluye la indicación de crisis de angustia, pero no el trastorno de angustia.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Benzodiacepinas para el Trastorno de Angustia (TA)

B	Si se utilizan las BZD en el TA, se recomienda su utilización a corto plazo o cuando sea crucial por agitación o ansiedad aguda o grave, con la dosis más baja posible, teniendo que ser disminuida ésta gradualmente.
B	Su uso durante un período más largo siempre debe ser supervisado.
B	Como BZD a utilizar se recomiendan alprazolam, clonazepam, lorazepam y diazepam.
B	Para evitar el riesgo potencial de defectos congénitos, se debe usar la dosis eficaz más baja de BZD, la duración de tratamiento más corta posible, y a ser posible como monoterapia. Si se necesitan concentraciones más altas, se debería dividir, la dosificación diaria en dos o tres dosis, evitando el empleo durante el primer trimestre.
√	En la prescripción de las BZD los pacientes deben ser informados de los objetivos terapéuticos, la duración del tratamiento y de los posibles efectos secundarios.
√	En la prescripción de las BZD considerar: edad, tratamiento previo, tolerancia, posibilidad de embarazo, efectos secundarios, preferencias del paciente y el coste a igual efectividad.

Nota: La Ficha Técnica del medicamento clonazepam de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS)[142], no recoge la indicación terapéutica para el TA.

Otros fármacos para el Trastorno de Angustia (TA)

Otros fármacos	
B	No se recomienda la utilización de las azapironas (buspirona) para el tratamiento del TA.
√	La utilización de otros fármacos como el pindolol, gabapentina, valproato sódico y bupropion de liberación sostenida, por su indicación para TA refractarios debería ser pautada tras la valoración del paciente en Atención Especializada en Salud Mental.
No recomendados	
B	No se recomienda la utilización de tradozona, propanolol y carbamazepina.

Tratamiento farmacológico para la Crisis de Angustia

√	Para el tratamiento inmediato de las crisis de pánico graves pueden utilizarse las BZD alprazolam y lorazepam.
B	Se recomienda la utilización de antidepresivos del tipo ISRS y ADT para el tratamiento farmacológico de mantenimiento de las crisis de pánico.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Tratamiento combinado: psicológico y farmacológico

Tratamiento combinado (TCC y medicación) para el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)

Aplicación en el ámbito de Atención Primaria	
B	Se recomienda el tratamiento combinado de TCC y diazepam o la TCC por sí sola, frente a la utilización de diazepam solo, por su ventaja en términos de gravedad y cambio global de los síntomas, aunque se debe tener en cuenta las preferencias del paciente.
B	En el tratamiento combinado, como TCC en los centros de salud, se recomiendan 7 sesiones durante 9 semanas, realizadas por profesionales entrenados en terapia cognitiva y relajación muscular progresiva. El paciente debe realizar además trabajo en casa.
√	Se recomienda, en los centros de salud, terapia combinada que incluya intervenciones grupales, cognitivas y de relajación, en al menos 8 sesiones (1 por semana), realizadas de forma reglada y dirigidas por profesionales entrenados de los equipos de Atención Primaria.

Tratamiento combinado (TCC y medicación) para el Trastorno de Angustia (TA)

Recomendaciones generales	
A	Se recomienda la combinación de la TCC (técnicas de exposición y reestructuración cognitiva) y antidepresivos (tricíclicos e ISRS), de acuerdo a las preferencias del paciente.
A	El tratamiento con antidepresivos solos no se debe recomendar como el tratamiento de primera línea, cuando estén disponibles los recursos apropiados para poder realizar TCC.
B	En el tratamiento a largo plazo, si se añade medicación antidepresiva a la TCC es necesario comprobar que no se interfiera los efectos beneficiosos de la TCC sola.
Aplicación en el ámbito de Atención Primaria	
B	En los centros de salud, en el tratamiento combinado, se recomienda la aplicación de intervenciones cognitivo-conductuales, en 6-8 sesiones durante 12 semanas por profesionales entrenados, mediante TCC breve que incluya técnicas de exposición y de manejo del pánico.
√	Se recomienda, en los centros de salud, terapia combinada que incluya intervenciones grupales cognitivas y de relajación, en al menos 8 sesiones (1 por semana), realizadas de forma reglada y dirigidas por profesionales entrenados de los equipos de Atención Primaria.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Otros tratamientos: biblioterapia y hierbas medicinales

Biblioterapia para el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), Trastorno de Angustia (TA) y Crisis de Pánico

B	Se recomienda la aplicación de biblioterapia basada en principios de TCC en los centros de salud, por profesionales entrenados, mediante manuales de autoayuda y con contactos telefónicos o presenciales breves.

Hierbas medicinales para el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) y el Trastorno de Angustia (TA)

B, D	La toxicidad hepática del kava* hace que se recomiende sólo a corto plazo y para pacientes con ansiedad leve o moderada que deseen utilizar remedios naturales, siempre que no tengan alteraciones hepáticas previas, no consuman alcohol, ni utilicen otros fármacos metabolizados por el hígado, siendo imprescindible un seguimiento médico.
B	No hay estudios suficientes sobre la eficacia de la valeriana, la pasionaria, el ginkgo biloba, la calderona amarilla y el preparado de espino blanco, amapola de california y magnesio, para favorecer el uso de los mismos.
√	Se recomienda a los profesionales que pregunten a los pacientes sobre cualquier producto de herbolario que estén tomando o hayan tomado.

* La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS)[142] incluyó en el año 2004 el kava en la lista de plantas cuya venta al público queda prohibida o restringida por razón de su toxicidad hepática.

Información/comunicación al paciente*

Información/comunicación al paciente con Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), Trastorno de Angustia (TA) y/o Crisis de Angustia

√	La información al paciente debería formar parte del manejo integral de los trastornos de ansiedad en el nivel de Atención Primaria.
D	Se debe proporcionar al paciente, y cuando sea apropiado a la familia, información basada en la evidencia, sobre sus síntomas, las opciones de tratamiento y las posibilidades de manejo de su trastorno, y tener en cuenta sus preferencias, para facilitar la toma de decisiones compartida.
D	Se recomienda mantener un estilo de consulta basado en la empatía y el entendimiento para mejorar la satisfacción de los pacientes.
D	Se debe valorar la posibilidad de apoyo familiar, tener en cuenta los recursos sociales disponibles y sugerir los cambios de estilo de vida más apropiados.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

* CITA: Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid; 2008. Guía de Práctica Clínica: UETS Nº 2006/10.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

1. Introducción

El presente documento constituye la GPC *completa* para el manejo de pacientes con trastornos de ansiedad en Atención Primaria. La GPC está estructurada por capítulos, en los que se da respuesta a las preguntas que aparecen al inicio del mismo. Un resumen de la evidencia y las recomendaciones se presentan al final de cada capítulo. A lo largo del texto, en el margen derecho se indica el tipo de estudio y la posibilidad de sesgo de la bibliografía revisada.

El material donde se presenta de forma detallada la información con el proceso metodológico de la GPC (descripción de las técnicas utilizadas en investigación cualitativa, estrategia de búsqueda para cada pregunta clínica, tablas de guías) está disponible tanto en la página web de G*uíaSalud* como en la de la *UETS*, Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de la Agencia Laín Entralgo. En estas páginas web puede consultarse también el *Manual Metodológico de elaboración de GPC,* que recoge la metodología general empleada[1]. Además, existe una versión *resumida* de la GPC, de menor extensión y con los principales anexos de la GPC *completa*, una guía *rápida* con las recomendaciones y algoritmos principales y un *folleto* informativo para pacientes. Estas versiones se encuentran tanto en las páginas web citadas como en edición impresa.

Prevalencia de la ansiedad y cargas asociadas

La salud mental, como parte indivisible de la salud, contribuye de manera significativa a la calidad de vida y a una plena participación social. Los trastornos mentales constituyen una importante carga económica y social, tanto por su frecuencia, coexistencia y comorbilidad, como por la discapacidad que producen. La enfermedad mental es la segunda causa de carga de enfermedad en las sociedades con economías de mercado, sin que haya perspectiva de control de estas cifras, por pronosticarse un aumento considerable[2].

En nuestro contexto se confirma como una de las categorías de causas que más contribuyen a la pérdida de años de vida libre de enfermedad, utilizando como medida de carga de enfermedad la tasa de AVAD (Años de Vida Ajustados por Discapacidad)[3]. Por ello, la salud mental ha requerido una atención especial por parte de todos los agentes implicados, reflejada en las grandes líneas de actuación del documento de "*Estrategia en Salud Mental para el Sistema Nacional de Salud*"[4]: atención sanitaria a los pacientes, coordinación entre instituciones, sociedades científicas y asociaciones, formación del personal sanitario, fomento de la investigación y sistemas de información y evaluación.

Entre los problemas de salud mental, los *trastornos de ansiedad* se asocian con sustanciales niveles de incapacidad[5]. Esta disfuncionalidad tiene un impacto considerable en el bienestar personal, en las relaciones sociales y en la productividad en el trabajo, con el agravante de que su alta prevalencia y el curso recurrente o incluso crónico de muchos de ellos, los puede hacer tan inhabilitantes como cualquier otra enfermedad física crónica.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Los trastornos de ansiedad son, junto con los trastornos del ánimo, los que más contribuyen a la morbi-mortalidad a través del sufrimiento que generan y los que más repercuten en las economías nacionales[6-8]. La angustia-ansiedad patológica dificulta la funcionalidad del sujeto allí donde se desenvuelve, limitándole su autonomía y dejándole atrapado y amenazado por la misma angustia.

En nuestro contexto, la mayoría de los estudios sitúan la prevalencia de la enfermedad mental, en la población general, entre el 10% y el 20%[9,10]. Los datos del Eurobarómetro dan una prevalencia estimada para cualquier trastorno mental en España del 17,6%, más alta en mujeres (20,8%) que en varones (14,2%)[11]. Los trastornos más frecuentes suelen ser los de ansiedad, seguidos por los depresivos o viceversa, dependiendo de la clasificación que se haya utilizado y de si en los análisis se incluyen o no las fobias.

La prevalencia internacional de los trastornos de ansiedad varía ampliamente entre los diferentes estudios epidemiológicos publicados, aunque la variabilidad asociada con los trastornos de ansiedad considerados de manera global es bastante más pequeña que la asociada con los trastornos considerados individualmente. Existen varios factores que explican la heterogeneidad de los porcentajes en estos estudios, como son los criterios diagnósticos de inclusión, los instrumentos diagnósticos, el tamaño de la muestra, el país estudiado y el porcentaje de respuesta. Los porcentajes estimados de prevalencia-año y prevalencia-vida para los trastornos de ansiedad fueron de un 10,6% y un 16,6% respectivamente[12]. Si los estudios se realizan entre los usuarios que acuden a consultas de Atención Primaria, la prevalencia aumenta, oscilando entre el 20% y 40%[5,6,10,13,14]. Los trastornos de ansiedad, en sí mismos o asociados a otras patologías, son una de las causas más frecuentes de consulta en Atención Primaria y representan uno de los principales problemas de salud en nuestro país. En nuestro contexto, la prevalencia de los trastornos de ansiedad en la comunidad, con las dificultades de precisión especificadas, varía en torno al 2,3%-8,9%[9], llegando a cifras entre el 9% y el 19,5%[5,8,10,14] cuando hablamos de pacientes que acuden a un centro sanitario por tener percepción de malestar.

Las mujeres tienen más riesgo que los hombres de padecer un trastorno de ansiedad[11,15], y la prevalencia de la mayoría de los trastornos de ansiedad en el caso de las mujeres duplica a la de los hombres, excepto en el caso de la fobia social, en la que las diferencias fueron menores. La edad de inicio de los trastornos de ansiedad es menor que la de los trastornos depresivos. Esto parece indicar que muchas personas que durante la niñez, adolescencia o primeros años de la vida adulta presentan trastornos de ansiedad tienen un mayor riesgo de desarrollar un trastorno depresivo posterior. Por lo tanto, un abordaje terapéutico de los trastornos de ansiedad puede prevenir la aparición de posteriores trastornos depresivos[11,15] (véanse las tablas 1-3).

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Tabla 1. Prevalencia-año de los trastornos de ansiedad siguiendo los criterios DSM–IV (datos ponderados a la población española). Años 2001-2002

Trastornos de ansiedad						
	Total		Hombres		Mujeres	
	Prev (%)	IC 95%	Prev (%)	IC 95%	Prev (%)	IC 95%
Ansiedad generalizada	0,50	(0,30-0,70)	0,44	(0,11-0,78)	1,18	(0,81-1,56)
Fobia social	0,60	(0,33-0,87)	0,57	(0,13-1,00)	0,64	(0,32-0,95)
Fobia específica	3,60	(2,82-4,38)	1,19	(0,68-1,70)	4,20	(3,23-5,16)
Trastorno de estrés postraumático	0,50	(0,30-0,70)	0,25	(0,02-0,48)	0,94	(0,50-1,39)
Agorafobia	0,30	(0,10-0,50)	0,15	(0,02-0,29)	0,60	(0,26-0,95)
Trastorno de angustia	0,60	(0,40-0,80)	0,38	(0,14-0,63)	0,98	(0,60-1,36)
Cualquier trastorno de ansiedad	6,20	(4,63-7,77)	2,53	(1,74-3,31)	7,61	(6,41-8,80)

IC: intervalo de confianza.

Fuente[15]: *Estudio ESEMeD-España.*

Tabla 2. Prevalencia-vida de los trastornos de ansiedad siguiendo los criterios DSM–IV (datos ponderados a la población española). Años 2001-2002

Trastornos de ansiedad						
	Total		Hombres		Mujeres	
	Prev (%)	IC 95%	Prev (%)	IC 95%	Prev (%)	IC 95%
Ansiedad generalizada	1,89	(1,49-2,29)	1,15	(0,64-1,66)	2,57	(1,49-3,16)
Fobia social	1,17	(0,81-1,54)	1,06	(0,51-1,61)	1,28	(0,83-1,73)
Fobia específica	4,52	(3,82-5,23)	2,32	(1,60-3,05)	6,54	(5,38-7,69)
Trastorno de estrés postraumático	1,95	(1,18-2,73)	1,06	(0,00-2,2)	2,79	(1,71-3,87)
Agorafobia	0,62	(0,36-0,89)	0,47	(0,08-0,86)	0,76	(0,39-1,14)
Trastorno de angustia	1,70	(1,32-2,09)	0,95	(0,53-1,37)	2,39	(1,76-3,02)
Cualquier trastorno de ansiedad	9,39	(8,41-10,37)	5,71	(4,57-6,85)	12,76	(11,24-14,29)

IC: intervalo de confianza.

Fuente[15]: *Estudio ESEMeD-España.*

Tabla 3. Prevalencia-año de trastornos de ansiedad clasificados según DSM-IV por grupos de edad en población española. Años 2001-2002

Edad	Cualquier trastorno mental	Trastorno de ansiedad
	Prevalencia (IC del 95%)	Prevalencia (IC del 95%)
18-24 años	10,1 (7,3-12,9)	7,8 (5,3-10,4)
25-34 años	8,5 (6,3-10,8)	4,2 (2,9-5,6)
35-49 años	8,4 (6,6-10,2)	4,5 (3,2-5,8)
50-64 años	9,1 (6,8-11,3)	6 (4,3-7,7)
Mayores 65 años	6,6 (5,1-8,1)	3,9 (2,8-5,0)

IC: intervalo de confianza.

Fuente[15]: *Estudio ESEMeD-España.*

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Variabilidad en la práctica clínica

Los pacientes con trastornos mentales o conflictos psicosociales crónicos consultan de forma repetida en los distintos dispositivos sanitarios, sobre todo en el primer nivel de atención, debido fundamentalmente al rápido acceso y a la longitudinalidad en la atención[5,8,16,17].

De forma general los problemas de salud mental suelen ser atendidos inicialmente en las consultas de Atención Primaria, y en este nivel de atención se resuelve un importante número de las demandas generadas por estas patologías[18,19].

Los médicos de familia son los profesionales sanitarios que por su ubicación en la red asistencial pueden detectar de forma precoz los primeros síntomas psiquiátricos en los pacientes que acuden a sus consultas con un trastorno de ansiedad. Algunos estudios realizados en nuestro contexto apuntan una baja detección de los trastornos psiquiátricos, oscilando la prevalencia de los detectados entre un 18%-27% frente a un 36%-47% de patología probable[9,13,14]. La falta de una pauta común de presentación de los diferentes trastornos de ansiedad, la somatización y la asociación con enfermedades crónicas, así como la limitación del tiempo en las consultas de medicina de familia, son algunas de las razones que dificultan el diagnóstico en el ámbito de la Atención Primaria[20,21].

La ansiedad y la angustia son síntomas de consulta muy frecuentes, la mayoría de las veces muy inespecíficos y que se pueden enmascarar somáticamente. El manejo del paciente con trastorno de ansiedad resulta, por tanto, complejo, sobre todo si consideramos la dificultad del diagnóstico diferencial, la necesidad de una terapéutica específica y, en ocasiones, prolongada en el tiempo para cada forma de la enfermedad, así como la necesidad, en ciertas ocasiones, de derivación a Atención Especializada cuando la etiología, el trastorno o las manifestaciones de la enfermedad así lo requieran.

Por todo ello, existe cierta variabilidad en el manejo de los trastornos de ansiedad. Un estudio realizado en nuestro país, con datos de tres comunidades autónomas, evalúa los principales factores que influyen en la actitud terapéutica de los médicos frente a los trastornos de ansiedad y su variabilidad de abordaje. El tipo de trastorno de ansiedad fue la variable determinante de la terapia escogida y del criterio de derivación. La probabilidad de derivar a los pacientes aumentaba cuando existía un diagnóstico previo de ansiedad. Los pacientes con ansiedad fóbica, pánico o ansiedad mixta tenían una probabilidad de más del doble de ser derivados que los pacientes con ansiedad generalizada. En general, el tratamiento farmacológico se realizó con fármacos apropiados y específicos, existiendo una gran variabilidad que dependía principalmente del tipo y de otras características del proceso, del paciente y del profesional[22].

La variabilidad en el abordaje de los trastornos de ansiedad responde también a una enorme variabilidad en la formación. Diversos estudios han identificando una fuerte necesidad de formación continua en salud mental para los médicos de Atención Primaria; en particular, en el campo de la entrevista psiquiátrica y en el de los conocimientos, habilidades y actitudes para llevar a cabo la "ayuda psicológica", especialmente respecto al trastorno de somatización, los problemas psicosexuales y el manejo del estrés[17,23-28].

En cuanto al uso de tratamientos no farmacológicos, son escasos los estudios que los describen, aunque destaca la baja utilización de intervenciones psicológicas de efectividad probada[6]. Aún es mucho menor la disponibilidad de estudios que evalúen el trabajo reali-

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su algoritmo no ha sido revisada.

zado por la enfermería y trabajadores sociales de Atención Primaria. Estos profesionales juegan un papel muy importante en el abordaje terapéutico de los trastornos de ansiedad en el primer nivel de atención, realizando tanto abordajes individuales como grupales, con técnicas que puedan ser implementadas en Atención Primaria siempre que el profesional haya recibido la formación necesaria.

La búsqueda de un patrón común para la detección y el abordaje de la ansiedad patológica en una consulta de Atención Primaria no es una tarea sencilla. A ello contribuye la gran disparidad de categorías diagnósticas oficiales que existe, la relativamente corta duración de las visitas, la frecuente somatización y la asociación de este tipo de trastornos con otras enfermedades crónicas. Es por ello que en la conclusión de muchos estudios se valora como necesidad básica el proveer a los médicos de familia de guías de práctica clínica claras, prácticas y con criterios de evidencia científica para hacer frente a la tarea de detectar y tratar de manera efectiva los trastornos de ansiedad, ofreciendo las alternativas terapéuticas idóneas en cada proceso, en aquel nivel asistencial en el que estén disponibles[7,8,29].

Esta guía pretende, por tanto, ser una herramienta útil para todos los profesionales que trabajan en el nivel de Atención Primaria y para los pacientes con estos trastornos de ansiedad, ya que se incluye además un anexo con información específica para éstos últimos, que ha sido elaborada con su participación.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

2. Alcance y objetivos

El objetivo principal de esta guía es orientar a los profesionales sanitarios del ámbito de *Atención Primaria (AP)*, por un lado, en el *reconocimiento de los trastornos de ansiedad* en pacientes *adultos*, y por otro lado, en la selección de recomendaciones basadas en la evidencia científica disponible sobre las intervenciones terapéuticas para el manejo de los pacientes adultos con aquellos trastornos de ansiedad que son abordables desde el punto de vista de Atención Primaria, el *trastorno de ansiedad generalizada (TAG)* y el *trastorno de angustia (TA), con o sin agorafobia*. Este objetivo implica una mejora de la calidad asistencial en el manejo de este proceso, esperando mejorar así la calidad de vida de estos pacientes.

La guía se dirige, por tanto, a los profesionales sanitarios implicados en el manejo de los pacientes con trastornos de ansiedad y que trabajan en el ámbito de Atención Primaria (médicos, enfermeras, trabajadores sociales), y se dirige también a todos los pacientes que sufren estos trastornos de ansiedad y que acuden a este primer nivel asistencial. Para éstos últimos se trata de una herramienta que les permitirá conocer las estrategias y posibilidades terapéuticas que tiene su enfermedad, de tal forma que puedan evitarse pautas de tratamiento no avaladas por la evidencia científica.

La guía presenta diferentes alternativas terapéuticas (tratamiento farmacológico y no farmacológico) que pueden ser utilizadas en Atención Primaria según los recursos disponibles. De hecho, se han tenido en cuenta los recursos con los que se cuenta actualmente antes de la elaboración definitiva de las recomendaciones.

La guía no aborda directamente recomendaciones sobre trastornos de ansiedad que no sean el trastorno de ansiedad generalizada o el trastorno de angustia en población adulta. Al tratarse esta guía de un trabajo con un enfoque nacional, tampoco afronta temas organizativos, si bien trata de establecer un circuito básico de pacientes entre los dos niveles asistenciales, Atención Primaria y Atención Especializada, por lo que también se difundirá entre el resto de profesionales implicados en la atención, buscando así una asistencia integral de los pacientes.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

3. Metodología

La metodología empleada se recoge en el *Manual de elaboración de GPC* del Ministerio de Sanidad y Consumo[1].

Los pasos que se han seguido son:

- Constitución del grupo elaborador de la guía, integrado por profesionales de: Atención Primaria (médicos de Familia, enfermeras, trabajador social), Atención Especializada (psiquiatras, psicólogo y enfermera) y técnicos de la Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (UETS); además, en la elaboración de esta guía se ha contado con la participación de un paciente con trastornos de ansiedad, dentro del propio grupo elaborador, desde las primeras fases de trabajo.
- Constitución de un subgrupo, con miembros del grupo de la guía, para la elaboración de la información dirigida al paciente.
- Delimitación del alcance y objetivos de la guía, incluyendo la visión social de la enfermedad con la utilización de técnicas de investigación cualitativa. Se contactó con varios profesionales sanitarios (médicos de Atención Primara y médicos de Atención Especializada), y con la ayuda de un cuestionario, de los recursos de la observación participante y de las entrevistas en profundidad se recogió información sobre las condiciones sociales, demográficas, de salud, recorrido asistencial y tratamiento de los pacientes con trastornos de ansiedad que son atendidos por dichos profesionales. También se realizó un grupo de discusión con pacientes de trastornos de ansiedad que, voluntariamente, quisieron participar para expresar libremente sus intereses en el manejo de su enfermedad.
- Formulación de preguntas clínicas siguiendo el formato Paciente/Intervención/Comparación/Outcome o resultado (PICO).
- Búsqueda bibliográfica en: Medline, Embase, PsycINFO, Pascal Biomed, CINAHL, Cochrane Plus, DARE, HTA, Clinical Evidence, INAHTA, NHS EED, CINDOC. Idiomas: español, inglés y francés. Población de estudio: personas adultas. Limitación de año de publicación: sólo para estudios primarios. En primer lugar se realizó una búsqueda para localizar guías de práctica clínica (GPC) y se evaluó su calidad utilizando del instrumento AGREE. Se han incluido como fuente secundaria de evidencia tres GPC para responder a apartados concretos de la guía (tratamiento, información/comunicación al paciente y estrategias diagnósticas y terapéuticas). En una segunda fase se ha realizado una búsqueda de revisiones sistemáticas, metaanálisis e informes de evaluación en las bases de datos mencionadas anteriormente. En una tercera fase se ha realizado una búsqueda ampliada de estudios primarios (ensayos clínicos, estudios observacionales, estudios de pruebas diagnósticas y de pronóstico).
- Evaluación de la calidad de los estudios y resumen de la evidencia para cada pregunta siguiendo las recomendaciones de SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network).
- Formulación de recomendaciones basada en la "evaluación formal" o "juicio razonado" de SIGN. Las recomendaciones controvertidas o con ausencia de evidencia se han resuelto por consenso del grupo elaborador.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

- Se realizó una revisión externa de la guía por un grupo de profesionales seleccionados por su conocimiento sobre la metodología en la elaboración de guías, la patología abordada y el ámbito de aplicación. Se ha contactado con las distintas Sociedades Científicas implicadas: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFYC), Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN), Sociedad Madrileña de Medicina de Familia y Comunitaria (SoMaMFYC), Sociedad Española de Psiquiatría (SEP), Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) y Unión Española de Sociedades Científicas de Enfermería (UESCE). Para la participación de los pacientes se ha contado también con la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES), la Federación Madrileña de Asociaciones Pro Salud Mental (FEMASAN) y la Asociación Madrileña de Pánico y Agorafobia (AMADAG). Todas las sociedades están representadas por alguno de los miembros del grupo elaborador o por los revisores externos.
- En www.guiasalud.es está disponible el material en el que se presenta de forma detallada la información con el proceso metodológico de la GPC (descripción de las técnicas utilizadas en investigación cualitativa, estrategia de búsqueda para cada pregunta clínica, tablas de guías).

Actualización de la Guía

La UETS, responsable de la publicación de la Guía, será también la encargada de la actualización de la misma en un plazo de 3 a 5 años, o con anterioridad, en función de la nueva evidencia disponible. Esta actualización se realizará a través de la incorporación de búsquedas bibliográficas actualizadas, y sobre todo centradas en aquellos aspectos en los que las recomendaciones pudieran ser modificadas sustancialmente.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

4. Definición, manifestaciones clínicas y clasificaciones

Las preguntas que se van a responder en el presente capítulo son:

- ¿Cuál es la definición de ansiedad como síntoma/síndrome?
- ¿Cuál es la definición de ansiedad como cuadro clínico específico?
- ¿Cuál es la clasificación de los trastornos de ansiedad?

4.1. Ansiedad normal y patológica

La ansiedad puede definirse como una anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia (desagradable) y/o de síntomas somáticos de tensión. El objetivo del daño anticipado puede ser interno o externo. Es una señal de alerta que advierte sobre un peligro inminente y permite a la persona que adopte las medidas necesarias para enfrentarse a una amenaza.

Es importante entender la ansiedad como una sensación o un estado emocional normal ante determinadas situaciones y que constituye una respuesta habitual a diferentes situaciones cotidianas estresantes. Así, cierto grado de ansiedad es incluso deseable para el manejo normal de las exigencias del día a día. Tan sólo cuando sobrepasa cierta intensidad o supera la capacidad adaptativa de la persona, es cuando la ansiedad se convierte en patológica, provocando malestar significativo con síntomas que afectan tanto al plano físico, como al psicológico y conductual (tabla 4).

Tabla 4. Síntomas de ansiedad: físicos y psicológicos

Síntomas físicos	Síntomas psicológicos y conductuales
Vegetativos: sudoración, sequedad de boca, mareo, inestabilidad	Preocupación, aprensión
Neuromusculares: temblor, tensión muscular, cefaleas, parestesias	Sensación de agobio
Cardiovasculares: palpitaciones, taquicardias, dolor precordial	Miedo a perder el control, a volverse loco o sensación de muerte inminente
Respiratorios: disnea	Dificultad de concentración, quejas de pérdida de memoria
Digestivos: náuseas, vómitos, dispepsia, diarrea, estreñimiento, aerofagia, meteorismo	Irritabilidad, inquietud, desasosiego
Genitourinarios: micción frecuente, problemas de la esfera sexual	Conductas de evitación de determinadas situaciones
	Inhibición o bloqueo psicomotor Obsesiones o compulsiones

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Los trastornos de ansiedad como tal son un grupo de enfermedades caracterizadas por la presencia de preocupación, miedo o temor excesivo, tensión o activación que provoca un malestar notable o un deterioro clínicamente significativo de la actividad del individuo[30].

Las causas de los trastornos de ansiedad no son totalmente conocidas, pero están implicados tanto factores biológicos como ambientales y psico-sociales[31,32].

Entre los factores biológicos se han encontrado alteraciones en los sistemas neurobiológicos gabaérgicos y serotoninérgicos, así como anomalías estructurales en el sistema límbico (córtex paralímbico), una de las regiones más afectadas del cerebro. Además, se han observado ciertas alteraciones físicas y una mayor frecuencia de uso y/o retirada de medicinas, alcohol, drogas y/o sedantes y otras sustancias. Por último, existe cierta predisposición genética en la aparición de estos trastornos[33-36] .

Entre los factores ambientales se ha encontrado la influencia de determinados estresores ambientales, una mayor hipersensibilidad y una respuesta aprendida[36,37]. Como factores psicosociales de riesgo para estos trastornos se encuentran las situaciones de estrés, el ambiente familiar, las experiencias amenazadoras de vida y las preocupaciones excesivas por temas cotidianos. Como factores predisponentes, se ha observado la influencia de las características de la personalidad[32].

Parece ser que es la interacción de múltiples determinantes lo que favorece la aparición de estos trastornos de ansiedad[38]; además, es muy común la comorbilidad con otros trastornos mentales como los trastornos del estado de ánimo[34,39].

4.2. Clasificaciones

Existen unos criterios universales para determinar si el comportamiento de una persona cabe diagnosticarlo como un trastorno de ansiedad. Estos criterios están recogidos en las dos clasificaciones de trastornos mentales (o psicopatológicos) más importantes:

- *DSM-IV- TR* (Asociación de Psiquiatras Americanos, APA).
- *CIE-10* (Organización Mundial de la Salud, OMS).

La DSM-IV-TR enumera doce trastornos de ansiedad y en la CIE-10 los trastornos neuróticos (ansiedad) se agrupan con trastornos relacionados con el estrés y somatomorfos (tabla 5)[40,41].

Tabla 5. Clasificación de trastornos de ansiedad según el DSM-IV-TR y la CIE-10: equivalencias

DSM-IV-TR	CIE-1O
	Trastorno de ansiedad fóbica
Fobia social	Fobias sociales
Fobia simple	Fobias específicas
Agorafobia sin crisis de angustia	Agorafobia

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Tabla 5. Clasificación de trastornos de ansiedad según el DSM-IV-TR y la CIE-10: equivalencias

DSM-IV-TR	CIE-1O
	Otros trastornos de ansiedad
Trastorno de angustia con agorafobia	Trastorno de angustia
Trastorno de angustia sin agorafobia	
Trastorno de ansiedad generalizada	Trastorno de ansiedad generalizada
	Trastorno mixto ansioso-depresivo
	Otro trastorno mixto de ansiedad
	Otros trastornos de ansiedad
Trastorno obsesivo-compulsivo	**Trastorno obsesivo-compulsivo**
	Reacciones de estrés y trastornos de adaptación
Trastorno por estrés postraumático	Trastorno por estrés postraumático
Trastorno por estrés agudo	Reacción de estrés agudo
	Trastorno de adaptación
	Trastornos disociativos
Trastorno de ansiedad debido a una enfermedad médica	
Trastorno de ansiedad inducido por sustancias	
	Trastornos somatomorfos
Trastorno de ansiedad no especificado	**Otros trastornos neuróticos**

A continuación se presenta la clasificación de dichos trastornos de ansiedad según el manual de la **DSM-IV-TR-AP**[30]. Este manual ha sido elaborado entre Atención Primaria y Psiquiatría con el fin de diagnosticar trastornos mentales en AP, y todos los códigos incluidos provienen del DSM-IV-TR. En la tabla 6 se presentan los trastornos de ansiedad según el DSM-IV-TR-AP, junto con los códigos oficiales de la CIE-9-MC y los códigos de la CIE-10.

Tabla 6. Clasificación de trastornos de ansiedad según el DSM-IV-TR-AP

CIE-10	Trastorno (según DSM-IV-TR-AP)	CIE-9
F06.4	Trastorno por ansiedad debido a… (indicar enfermedad)	[293.84]
F10.8	Trastorno por ansiedad inducido por alcohol	[291.89]
F19.8	Trastorno por ansiedad inducido por otras sustancias	[292.89]
F40.01	Trastorno de angustia con agorafobia	[300.21]
F41.0	Trastorno de angustia sin agorafobia	[300.01]
F40.1	Fobia social	[300.23]
F40.2	Fobia específica	[300.29]
F40.00	Agorafobia sin historia de trastorno de angustia	[300.22]

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Tabla 6. Clasificación de trastornos de ansiedad según el DSM-IV-TR-AP

CIE-10	Trastorno (según DSM-IV-TR-AP)	CIE-9
F93.0	Trastorno de ansiedad por separación	[309.21]
F42.8	Trastorno obsesivo compulsivo	[300.3]
F43.1	Trastorno por estrés postraumático	[309.81]
F43.0	Trastorno por estrés agudo	[308.3]
F41.1	Trastorno de ansiedad generalizada	[300.02]
F43.28	Trastorno adaptativo con ansiedad	[309.24]
F41.9	Trastorno de ansiedad no especificado	[300.00]

Por último, se presenta la *Clasificación Internacional de Atención Primaria "CIAP-2"* de la WONCA[42]. Esta clasificación se basa en códigos alfanuméricos de tres dígitos, ampliables si se considera necesario. El primer dígito es una letra que representa un aparato o sistema orgánico, y constituyen los 17 capítulos de esta clasificación. Los aspectos relacionados con la ansiedad estarían representados en la "P-problemas psicológicos", de los códigos abreviados de la CIAP-2. El segundo y tercer dígitos los forman números, denominados componentes, que se relacionan específica o inespecíficamente con: signos o síntomas; procedimientos administrativos, diagnósticos, preventivos o terapéuticos; resultados de pruebas complementarias; derivaciones, seguimiento y otras razones de consulta, o enfermedades y problemas de salud. Los códigos de la CIAP-2 que se corresponden con la ansiedad se reflejan en la siguiente tabla en forma de componentes. Dicha tabla también expresa la equivalencia con los códigos de la CIE-10:

Tabla 7. Códigos abreviados de la CIAP-2 para la ansiedad

P. Problemas psicológicos	
Componente 1: signos y síntomas	Componente 7: enfermedades y problemas de salud
Sensación de ansiedad/tensión/nerviosismo: P01	Trastornos de la ansiedad/estado de ansiedad : P74
Equivalencia con la CIE-10: F41.9, R45.0	Equivalencia con la CIE-10: F41.0, F41.1, F41.3 a F41.9

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

5. Diagnóstico de la ansiedad

Las preguntas que se van a responder en el presente capítulo son:

- ¿Cuáles son los criterios diagnósticos de los diferentes trastornos de ansiedad?
- ¿Cuáles son los criterios de sospecha de un trastorno de ansiedad?
- ¿Cuál debe ser el estudio inicial de personas adultas con sospecha de trastorno de ansiedad para detectarlo precozmente?
- ¿Existen preguntas clave que puedan ayudar a los profesionales de Atención Primaria a detectar los trastornos de ansiedad en la entrevista con el paciente?
- ¿Cuáles son los diagnósticos diferenciales a tener en cuenta?

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

5.1. Criterios diagnósticos

A continuación, se presentan los criterios diagnósticos que deben cumplir los trastornos de ansiedad según el DSM-IV-TR[40]. El esquema propuesto es el establecido por el manual de la DSM-IV-TR AP[30], en forma de pasos, aunque modificado. Se han considerado los criterios del DSM-IV-TR cuando en el manual del DSM-IV-TR-AP estaban resumidos:

Paso 1

Considerar el papel de una enfermedad médica o el consumo de sustancias y tener en cuenta si la ansiedad se explica mejor por otro trastorno mental:

1A. Considerar el papel de las enfermedades médicas

Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica

A. La ansiedad prominente, las crisis de angustia o las obsesiones o compulsiones predominan en el cuadro clínico.

B. A partir de la historia clínica, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio se demuestra que las alteraciones son la consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica.

C. Estas alteraciones no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno adaptativo con ansiedad en el que el agente estresante es una enfermedad médica grave).

D. Estas alteraciones no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium.

E. Estas alteraciones provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

1B. Si el sujeto consume una sustancia de abuso o toma medicación, considerar:

Trastorno de ansiedad inducido por sustancias (incluyendo la medicación)

A. La ansiedad de carácter prominente, las crisis de angustia o las obsesiones o compulsiones predominan en el cuadro clínico.

B. A partir de la historia clínica, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio se demuestra que (1) o (2):

(1) Los síntomas del criterio A aparecen durante la intoxicación o abstinencia o en el primer mes siguiente.

(2) El consumo del medicamento está relacionado etiológicamente con la alteración.

C. La alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno de ansiedad no inducido por sustancias. Entre las pruebas que demuestran que los síntomas pueden atribuirse más correctamente a un trastorno de ansiedad no inducido por sustancias se incluyen las siguientes: la aparición de los síntomas precede al consumo de la sustancia (o medicamento); los síntomas persisten durante un tiempo considerable (p. ej., alrededor de 1 mes) después del final del período agudo de intoxicación o de abstinencia, o son claramente excesivos en comparación con los que cabría esperar teniendo en cuenta el tipo o la cantidad de sustancia consumida o la duración de este consumo; o existen otras pruebas que sugieren la existencia de un trastorno de ansiedad independiente no inducido por sustancias (p. ej., una historia de episodios de carácter recidivante no relacionados con sustancias).

D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.

E. La alteración provoca un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

1C. Considerar el papel de otros trastornos mentales que puedan explicar mejor los síntomas de ansiedad

Comentarios adicionales:

- Diagnóstico diferencial:

Ante un paciente que plantea un diagnóstico diferencial con un trastorno de ansiedad, sería recomendable descartar razonablemente una enfermedad sistémica. Para ello deberíamos tener en cuenta los síntomas físicos que predominan en su presentación, el conocimiento de la historia médica y psicológica previa tanto del paciente como de su familia y las enfermedades que generan trastornos de ansiedad, así como la probabilidad de que las pueda padecer. No hay que olvidar la gran capacidad de tóxicos como la cafeína, el cannabis o la cocaína y otras drogas de síntesis, para inducir crisis de ansiedad y angustia en personas predispuestas. También hay que considerar la importancia que tiene el alcohol para muchas de las personas que padecen ansiedad (sobre todo ansiedad generalizada, trastorno de angustia y fobia social) ya que es usado como un tranquilizante, que alivia la sintomatología de la angustia. Con todo ello decidiremos las

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

pruebas adicionales a realizar, según el grado de sospecha y la inmediatez con que éstas deben ser realizadas, en función de los síntomas y la evolución.

- La comorbilidad médica en los trastornos de ansiedad:

  Una amplia gama de enfermedades médicas pueden producir síntomas de ansiedad, si bien es éste un campo, el de la comorbilidad, que previsiblemente va a cambiar, ya que cada vez se describen más trastornos somáticos en pacientes afectados de patología ansiosa. La diferenciación actual entre trastornos primarios o "debidos" a enfermedad médica, dará paso a "asociados a patología somática". Del mismo modo que ocurre en la enfermedad depresiva o bipolar, la coexistencia de patología autoinmune tiroidea, asma, migrañosa, etc. realza progresivamente la probabilidad de que se trate de manifestaciones distintas de un mismo origen sistémico[43]. En el caso de los pacientes con el diagnóstico de trastornos de ansiedad, varios estudios han constatado una mayor prevalencia de trastornos gastrointestinales, genitourinarios, osteomusculares, tiroideos, alérgicos, así como migraña, cardiopatías e hiperlaxitud articular, comparados con pacientes sin trastornos de ansiedad[44-47].

Paso 2

Crisis de angustia

A continuación se definen las crisis de angustia:

Aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de cuatro (o más) de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos:

Síntomas cardiopulmonares:

1. Opresión o malestar torácico.
2. Sensación de ahogo o falta de aliento.
3. Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardiaca.

Síntomas autonómicos:

4. Sudoración.
5. Escalofríos o sofocaciones.

Síntomas gastrointestinales:

6. Sensación de atragantarse.
7. Náuseas o molestias abdominales.

Síntomas neurológicos:

8. Temblores o sacudidas.
9. Parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo).
10. Inestabilidad, mareo o desmayo.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Síntomas psiquiátricos:

11. Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo).
12. Miedo a perder el control o volverse loco.
13. Miedo a morir.

2A. Si las crisis de angustia son inesperadas (se dan "como caídas del cielo", no se relacionan con un desencadenante situacional) y son clínicamente significativas, considerar:

Trastorno de angustia con agorafobia

A. Se cumplen (1) y (2):
   (1) Crisis de angustia inesperadas recidivantes.
   (2) Al menos una de las crisis se ha seguido durante 1 mes (o más) de uno (o más) de los siguientes síntomas:
      (a) Inquietud persistente por la posibilidad de tener más crisis.
      (b) Preocupación por las implicaciones de la crisis o sus consecuencias (p. ej., perder el control, sufrir un infarto de miocardio, "volverse loco").
      (c) Cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis.

B. Presencia de agorafobia:
   Los criterios para el diagnóstico de agorafobia son:
   (1) Aparición de ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso) o donde, en el caso de aparecer una crisis de angustia inesperada o más o menos relacionada con una situación, o bien síntomas similares a la angustia, puede no disponerse de ayuda. Los temores agorafóbicos suelen estar relacionados con un conjunto de situaciones características, entre las que se incluyen estar solo fuera de casa, mezclarse con la gente o hacer cola, pasar por un puente, o viajar en autobús, tren o automóvil.

   Nota: Considerar el diagnóstico de *fobia específica* si el comportamiento de evitación se limita a una o pocas situaciones específicas, o de *fobia social* si tan sólo se relaciona con acontecimientos de carácter social.

   (2) Estas situaciones se evitan (p. ej., se limita el número de viajes), se resisten a costa de un malestar o ansiedad significativos por temor a que aparezca una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia, o se hace indispensable la presencia de un conocido para soportarlas.
   (3) Esta ansiedad o comportamiento de evitación no puede explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental como fobia social (p. ej., evitación limitada a situaciones sociales por miedo a ruborizarse), fobia específica (p. ej., evitación limitada a situaciones aisladas como los ascensores), trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., evitación de todo lo que pueda ensuciar en un individuo con ideas obsesivas de contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. ej., evitación de estímulos relacionados con una situación altamente estresante o traumática) o trastorno de ansiedad por separación (p. ej., evitación de abandonar el hogar o la familia).

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

C. Las crisis de angustia no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).

D. Las crisis de angustia no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, como por ejemplo fobia social (p. ej., aparecen al exponerse a situaciones sociales temidas), fobia específica (p. ej., el exponerse a situaciones fóbicas específicas), trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., al exponerse a la suciedad cuando la obsesión versa sobre el tema de la contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. ej., en respuesta a estímulos asociados a situaciones altamente estresantes), o trastorno por ansiedad por separación (p. ej., al estar lejos de casa o de los seres queridos).

O

Trastorno de angustia sin agorafobia

A. Se cumple el criterio A del trastorno de angustia con agorafobia.

B. Ausencia de agorafobia.

C y D. Igual que el trastorno de angustia con agorafobia.

2B. Si las crisis de angustia se relacionan con un desencadenante situacional que se asocia a otro trastorno mental, considerar:

Crisis de angustia que se dan en el contexto de otros trastornos de ansiedad (p. ej., fobia social, fobia específica, trastorno por estrés postraumático, trastorno obsesivo-compulsivo).

Paso 3

Si el síntoma es temor, evitación o anticipación ansiosa a una o más situaciones específicas, considerar 3A, 3B y 3C:

3A. Si los síntomas se relacionan con situaciones sociales o actuaciones en las que el individuo se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás, considerar:

Fobia social

A. Temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás. El individuo teme actuar de un modo (o mostrar síntomas de ansiedad) que sea humillante o embarazoso.

B. La exposición a las situaciones sociales temidas provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación.

C. El individuo reconoce que este temor es excesivo o irracional.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

D. Las situaciones sociales o actuaciones en público temidas se evitan o bien se experimentan con ansiedad o malestar intensos.

E. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar que aparece en la(s) situación(es) social(es) o actuación(es) en público temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal del individuo, con sus relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien producen un malestar clínicamente significativo.

F. En los individuos menores de 18 años la duración del cuadro sintomático debe prolongarse como mínimo 6 meses.

G. El miedo o el comportamiento de evitación no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica y no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno metal (p. ej., trastorno de angustia con o sin agorafobia, trastorno de ansiedad por separación, trastorno dismórfico corporal, un trastorno generalizado del desarrollo o trastorno esquizoide de la personalidad).

H. Si hay una enfermedad médica u otro trastorno mental, el temor descrito en el criterio A no se relaciona con estos procesos (p. ej., el miedo no es debido a la tartamudez, a los temblores de la enfermedad de Parkinson o a la exhibición de conductas alimentarias anormales en la anorexia nerviosa o en la bulimia nerviosa).

3B. Si los síntomas incluyen la evitación de situaciones u objetos específicos, considerar:

Fobia específica

A. Temor acusado y persistente que es excesivo o irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos (p. ej., volar, precipicios, animales, administración de inyecciones, visión de sangre).

B. La exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación determinada.

C. La persona reconoce que este miedo es excesivo o irracional.

D. La(s) situación(es) fóbica(s) se evitan o se soportan a costa de una intensa ansiedad o malestar.

E. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar provocados por la(s) situación(es) temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal de la persona, con las relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien provocan un malestar clínicamente significativo.

F. En los menores de 18 años la duración de estos síntomas debe haber sido de 6 meses como mínimo.

G. La ansiedad, las crisis de angustia o los comportamientos de evitación fóbica asociados a objetos o situaciones específicos no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, por ejemplo, un trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., miedo a la suciedad en un individuo con ideas obsesivas de contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. ej., evitación de estímulos relacionados con

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de práctica clínica y su vigencia no ha sido revisada.

un acontecimiento altamente estresante), trastorno de ansiedad por separación (p. ej., evitación de ir a la escuela), fobia social (p. ej., evitación de situaciones sociales por miedo a que resulten embarazosas), trastorno de angustia con agorafobia, o agorafobia sin historia de trastorno de angustia.

Tipos: animal, ambiental (p. ej., alturas, tormentas, agua), sangre-inyecciones-daño, situacional (p. ej., aviones, ascensores, recintos cerrados), otros tipos (p. ej., evitación fóbica de situaciones que pueden provocar atragantamiento, vómito o adquisición de una enfermedad).

3C. Si la ansiedad o la evitación se relacionan con situaciones donde escapar puede resultar difícil o en las que no se dispone de ayuda en el caso de que aparezca una crisis de angustia y no existen antecedentes de crisis de angustia, considerar:

Trastorno de angustia con agorafobia (véase 2A.)

3D. Si el síntoma se relaciona con una situación en la que puede resultar difícil escapar o en la que no se dispone de ayuda en el caso de que aparezca y no existen antecedentes de crisis de angustia, considerar:

Agorafobia sin historia de trastorno de angustia

A. Aparición de agorafobia en relación con el temor de desarrollar síntomas similares a la angustia (p. ej., mareos o diarrea).

B. Nunca se han cumplido los criterios diagnósticos del trastorno de angustia (es decir, sin crisis de angustia recidivantes).

C. El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

D. Si el individuo presenta una enfermedad médica, el temor descrito en el criterio A es claramente excesivo en comparación con el habitualmente asociado a la enfermedad médica.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Paso 4

4. Si la preocupación o la ansiedad están relacionadas con pensamientos persistentes (obsesiones) y/o rituales o actos mentales recurrentes (compulsiones), considerar:

Trastorno obsesivo-compulsivo

A. Se cumple para las obsesiones y las compulsiones:

Las **obsesiones** se definen por (1), (2), (3) y (4):

(1) Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusos e inapropiados, y causan ansiedad o malestar significativos.

(2) Los (1) no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real.

(3) La persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o bien intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos.

(4) La persona reconoce que estos pensamientos, impulsos o imágenes obsesivos son el producto de su mente (y no vienen impuestos como en la inserción del pensamiento).

Las **compulsiones** se definen por (1) y (2):

(1) Comportamientos (p. ej., lavado de manos, puesta en orden de objetos, comprobaciones) o actos mentales (p. ej., rezar, contar o repetir palabras en silencio) de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente.

(2) El objetivo de estos comportamientos u operaciones mentales excesivas es la prevención o reducción del malestar o la prevención de algún acontecimiento negativo, pero no están conectados de forma realista con aquello que pretenden neutralizar o prevenir o bien resultan claramente excesivos.

B. En algún momento del curso del trastorno la persona ha reconocido que estas obsesiones o compulsiones resultan excesivas o irracionales.

C. Las obsesiones o compulsiones provocan un malestar clínico significativo, representan una pérdida de tiempo (suponen más de 1 hora al día) o interfieren marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales (o académicas) o su vida social.

D. Si hay otro trastorno del Eje I*, el contenido de las obsesiones o compulsiones no se limita a él (p. ej., preocupaciones por la comida en un trastorno alimentario, arranque de cabellos en la tricotilomanía, inquietud por la propia apariencia

* En la clasificación multiaxial del DSM-IV-TR[40] se incluyen cinco ejes:

Eje I Trastornos clínicos. Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica

Eje II Trastornos de la personalidad. Retraso mental

Eje III Enfermedades médicas

Eje IV Problemas psicosociales y ambientales

Eje V Evaluación de la actividad global

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

en el trastorno dismórfico corporal, preocupación por las drogas en un trastorno por consumo de sustancias, preocupación por estar padeciendo una grave enfermedad en la hipocondría, preocupación por las necesidades o fantasías sexuales en una parafilia o sentimientos repetitivos de culpabilidad en el trastorno depresivo mayor).

E. El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

Paso 5

Si los síntomas se relacionan con la reexperimentación de acontecimientos altamente traumáticos, considerar 5A y 5B:

5A. Si los síntomas se relacionan con la reexperimentación de acontecimientos altamente traumáticos y los síntomas duran menos de 4 semanas, considerar:

Trastorno por estrés postraumático

A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido (1) y (2):
   (1) La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.
   (2) La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos.

B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:
   (1) Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones.
   (2) Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar.
   (3) El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de *flashback,* incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse).
   (4) Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.
   (5) Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:
   (1) Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.
   (2) Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma.
   (3) Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.
   (4) Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas.
   (5) Sensación de desapego o enajenación frente a los demás.
   (6) Restricción de la vida afectiva (p. ej., incapacidad para tener sentimientos de amor).
   (7) Sensación de un futuro desolador (p. ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal).
D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (ausente antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:
   (1) Dificultades para conciliar o mantener el sueño.
   (2) Irritabilidad o ataques de ira.
   (3) Dificultades para concentrarse.
   (4) Hipervigilancia.
   (5) Respuestas exageradas de sobresalto.
E. Estas alteraciones (síntomas de los criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes.
F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

5B. Si los síntomas persisten al menos 2 semanas pero no más de 4 semanas, considerar:

Trastorno por estrés agudo

A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido (1) y (2):
   (1) La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.
   (2) La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

B. Durante o después del acontecimiento traumático, el individuo presenta tres (o más) de los siguientes síntomas disociativos:
   (1) Sensación subjetiva de embotamiento, desapego o ausencia de reactividad emocional.
   (2) Reducción del conocimiento de su entorno (p. ej., estar aturdido).
   (3) Desrealización (alteración de la percepción o experiencia del mundo exterior haciendo que parezca extraño o irreal (p. ej., la gente parece poco familiar o mecánica).
   (4) Despersonalización (alteración de la percepción o experiencia de uno mismo, en la que uno siente distanciamiento, o ser un observador externo de los propios procesos mentales o del cuerpo [p. ej., sentirse como si estuviera en un sueño]).
   (5) Amnesia disociativa (p. ej., incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma).
C. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente en al menos una de estas formas: imágenes, pensamientos, sueños, ilusiones, episodios de *flashback* recurrentes o sensación de estar reviviendo la experiencia, y malestar al exponerse a objetos o situaciones que recuerdan el acontecimiento traumático.
D. Evitación acusada de estímulos que recuerdan el trauma (p. ej., pensamientos, sentimientos, conversaciones, actividades, lugares, personas).
E. Síntomas acusados de ansiedad o aumento de la activación (arousal) (p. ej., dificultades para dormir, irritabilidad, mala concentración, hipervigilancia, respuestas exageradas de sobresalto, inquietud motora).
F. Estas alteraciones provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo, o interfieren de forma notable con su capacidad para llevar a cabo tareas indispensables, por ejemplo, obtener la ayuda o los recursos humanos necesarios explicando el acontecimiento traumático a los miembros de su familia.
G. Estas alteraciones duran un mínimo de 2 días y un máximo de 4 semanas, y aparecen en el primer mes que sigue al acontecimiento traumático.
H. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica, no se explican mejor por la presencia de un trastorno psicótico breve y no constituyen una mera exacerbación de un trastorno preexistente de los Ejes I o II.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Paso 6

Si los síntomas de ansiedad y preocupación intensas se relacionan con una variedad de acontecimientos o situaciones, considerar:

Trastorno de ansiedad generalizada

A. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses.

   La ansiedad o preocupación son exageradas en cuanto a la probabilidad o efecto de los acontecimientos temidos.

B. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación intensa.

C. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses):

   (1) Inquietud o impaciencia.

   (2) Fatigabilidad fácil.

   (3) Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco.

   (4) Irritabilidad.

   (5) Tensión muscular.

   (6) Alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador).

   La preocupación se puede asociar por tanto a síntomas de tensión motora, (p. ej., temblores, tensión muscular), hipersensibilidad autonómica (p. ej., boca seca, palpitaciones) o hiperactivación (p. ej., respuestas exageradas de sobresalto, insomnio).

D. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno del Eje I; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.

E. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

F. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Paso 7

Si los síntomas se dan en respuesta a un estresante psicosocial específico, considerar:

Trastorno adaptativo con ansiedad

A. La aparición de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante identificable tiene lugar dentro de los 3 meses siguientes a la presencia del estresante.

B. Estos síntomas o comportamientos se expresan clínicamente del siguiente modo:

(1) Malestar mayor de lo esperable en respuesta al estresante.

(2) Deterioro significativo de la actividad social o laboral (o académica).

C. La alteración relacionada con el estrés no cumple los criterios para otro trastorno específico del Eje I y no constituye una simple exacerbación de un trastorno preexistente del Eje I o el Eje II.

D. Los síntomas no responden a una reacción de duelo.

E. Una vez ha cesado el estresante (o sus consecuencias), los síntomas no persisten más de 6 meses.

Paso 8

Si la ansiedad es clínicamente significativa y no se cumplen los criterios para ninguno de los trastornos específicos descritos anteriormente, considerar:

Trastorno de ansiedad no especificado

Incluye trastornos con síntomas prominentes de ansiedad o evitación fóbica que no reúnen los criterios diagnósticos de ningún trastorno específico descrito anteriormente. Son ejemplos los siguientes:

(1) *Trastorno mixto ansioso-depresivo*: se trata de un estado de ánimo disfórico persistente o recurrente que dura, por lo menos 1 mes y se acompaña al menos durante 1 mes de otros síntomas depresivos y ansiosos (p. ej., dificultades para concentrarse o tener la mente en blanco, trastorno del sueño, fatiga o falta de energía, irritabilidad, preocupaciones, llanto fácil, hipervigilancia, anticipación del peligro, desesperanza y baja autoestima o sentimientos de inutilidad). Estos síntomas pueden provocar deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

(2) Síntomas de fobia social clínicamente significativos relacionados con el impacto social provocado por una enfermedad médica o un trastorno mental (p.ej., enfermedad de Parkinson, enfermedades dermatológicas, tartamudez, anorexia nerviosa, trastorno dismórfico corporal).

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

(3) Situaciones en que la alteración es lo suficientemente grave como para requerir un diagnóstico de T. de ansiedad, aunque el individuo no presente el suficiente número de síntomas para cumplir todos criterios de un T. de ansiedad específico.

(4) Situaciones en las que el clínico confirma la presencia de un T. de ansiedad, pero le resulta imposible determinar si es de carácter primario, debido a enfermedad médica o inducido por sustancias.

Aspectos culturales en relación con la clínica de la ansiedad

El porcentaje de población inmigrante en España es cada vez mayor. En esta población existen algunas características clínicas específicas en los diferentes trastornos psiquiátricos, con síntomas dependientes de su propia cultura. En el caso de los trastornos de ansiedad, muchos de estos trastornos son diagnosticados como psicosis, debido a la presencia de alucinaciones y miedos de intensidad delirante. Asimismo, las crisis de angustia pueden desencadenarse por miedo a la magia o a la brujería. También existen síndromes ligados a la cultura, descritos ya en nuestro contexto, que se relacionan con los trastornos de ansiedad, como el "Koro" y el "ataque de nervios"[48-52].

5.2. Entrevista semiestructurada

Para llegar a una compresión global del paciente y poder establecer un diagnóstico de los trastornos de ansiedad, el instrumento por excelencia es la entrevista clínica[53,54]. En ella se establecen o reactualizan las bases de la relación y se recoge o se pierde la información necesaria para orientar el diagnóstico y la decisión de estrategias por seguir.

Al intentar sistematizar la técnica, entre una entrevista dirigida y una libre, la entrevista *semiestructurada* combina ambos tipos, adaptándose a las características del encuentro médico-paciente que se da en el ámbito de la Atención Primaria (combina la gestión del tiempo, el abordaje biopsicosocial y se centra en el paciente como experto en sí mismo). Empieza con preguntas más abiertas (cuyos contenidos parcialmente predetermina el sanitario), apoya la narración del paciente y, posteriormente, dirige el encuentro con preguntas más específicas o cerradas que consiguen no dejar interrogantes imprescindibles en la identificación y manejo del problema. Las diferentes partes de la entrevista semiestructurada se describen en la tabla siguiente[55-58].

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Tabla 8. Fases de la entrevista semiestructurada[59-61]

Fase preliminar	Fase exploratoria	Fase resolutiva	Fase final
• Recepción empática • Conocer el motivo de consulta • Evitar el "ya que estoy aquí", delimitando los motivos de consulta	• Obtener información específica básica: – Cómo son los síntomas – Localización – Intensidad – Cronología y evolución • Recoger información específica complementaria: – Presencia de patología orgánica o yatrogenia – Factores desencadenantes: cambios, duelos… – Entorno sociofamiliar – Antecedentes personales: episodios maníacos, depresiones previas… – Situaciones que empeoran o mejoran • Exploración de la esfera psicosocial: – Creencias y expectativas – Contenido del pensamiento – Afectividad – Personalidad	• Síntesis y enumeración del (los) problema(s) • Información al paciente de la naturaleza del problema • Comprobación de que ha entendido las explicaciones • Implicación del paciente en la elaboración de un plan diagnóstico-terapéutico: – Acuerdos – Negociación – Pactos	• Toma de precauciones • Acuerdo final • Despedida

En la fase exploratoria, de forma habitual, el profesional de Atención Primaria tiene ya recogida previamente mucha de la información complementaria y de la esfera psicosocial de un paciente al que ya conocen tanto él como el resto del equipo, lo cual facilita el proceso. En la fase final de la entrevista debe recalcarse el *acuerdo final* como reconversión de ideas y pactos alcanzados[59-61].

5.3. Uso de escalas

La constatación ya comentada del infradiagnóstico de la ansiedad ha dado lugar a un gran número de instrumentos o escalas estructuradas que tratan de detectar "posibles casos" de enfermedad.

Muchas de las escalas pretenden ser instrumentos de cribado y, como con todos ellos, una vez detectado el posible caso se emprenderá el procedimiento diagnóstico oportuno.

Las escalas por sí mismas no generan diagnósticos, sino que permiten seleccionar personas con puntuación alta de las que se sospecha la presencia de patología mental, lo que justifica la realización posterior de un estudio más profundo[62].

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Además, estos instrumentos de medida sirven para completar una adecuada valoración, ya que refuerzan el juicio diagnóstico elaborado tras la entrevista clínica y la exploración psicopatológica.

Todos estos instrumentos presentan las limitaciones de detectar falsos positivos y negativos, dado que todos tienen una sensibilidad y especificidad inferior al 100%. No es, pues, factible ni recomendable utilizar las escalas de rutina en Atención Primaria con fines clínicos, y en ningún caso sustituyen a la entrevista clínica, aunque son útiles como guía de la entrevista y para apoyar el juicio clínico, así como también se han convertido en herramientas esenciales en el ámbito de la investigación clínica, además de servir para comprobar el efecto que las distintas intervenciones terapéuticas tienen en la evolución de la enfermedad[62,63].

Debido a que el tiempo disponible para evaluar a los pacientes en las consultas de Atención Primaria es limitado, los instrumentos que utilizar deben ser fáciles de manejar e interpretar. A continuación se exponen algunos de ellos en relación con la ansiedad[59,64,65].

Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG)[66]

La escala fue concebida para permitir la detección de los dos trastornos psicopatológicos más frecuentes en Atención Primaria. Es un instrumento sencillo, breve y de fácil manejo, apropiado para ser administrado por el médico de Atención Primaria. Puede servir de guía de la entrevista, así como de indicador de la prevalencia, gravedad y evolución de dichos trastornos. La versión castellana ha demostrado su fiabilidad y validez en el ámbito de la Atención Primaria, y tiene una sensibilidad (83,1%), especificidad (81,8%) y valor predictivo positivo (95,3%) adecuados.

Hospital, Ansiedad y Depresión (HAD)[67]

Escala de 14 ítems diseñada para la evaluación de la ansiedad y la depresión en servicios hospitalarios de consulta externa no psiquiátricos. Se trata de una medida de estado que contiene dos escalas, una para la ansiedad y otra para la depresión. Una de sus principales virtudes es la supresión de los síntomas somáticos para que se pueda evaluar independientemente de la enfermedad somática subyacente. Se trata de un instrumento útil validado en nuestro medio, y de especial interés y utilidad en el contexto de Atención Primaria[68].

Escala de Hamilton para la Ansiedad (HARS-Hamilton Anxiety Rating Scale) (Chamorro)

Evalúa la intensidad de la ansiedad. Consta de 14 ítems que valoran los aspectos psíquicos, físicos y somáticos de la ansiedad. Un ítem evaluará el ánimo deprimido. Es una escala heteroaplicada. Existe una versión adaptada al castellano por Carrobles y cols. (1986). Dependiendo del tipo de síntoma, se medirá de menor a mayor gravedad, duración o disfunción.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Clinical Anxiety Scale (CAS) y Physician Questionnaire (PQ)[69]

Son escalas heteroadministradas que valoran la gravedad de la sintomatología presente en pacientes diagnosticados de ansiedad. El lapso de evaluación de la CAS comprende los dos últimos días, mientras que el del PQ es la última semana. La CAS se diseñó a partir de las áreas de contenido presentes en la HARS (Hamilton Anxiety Rating Scale) y consta de 7 ítems. Está diseñada especialmente para la evaluación de la sintomatología psicológica y se encuentra poco influida por las manifestaciones somáticas de la ansiedad. El PQ incluye 14 ítems, y evalúa la sintomatología neurótica y su respuesta al tratamiento. La sintomatología que recoge son los síntomas más comúnmente observados y familiares a los médicos generales. Esta prueba incluye una agrupación de síntomas emocionales, otra de síntomas somáticos, una valoración global y 1 ítem independiente que valora la gravedad general del trastorno de ansiedad. Debido a su brevedad, ambas escalas pueden ser útiles en la valoración de los trastornos de ansiedad en asistencia ambulatoria, bien hospitalaria, bien de Atención Primaria.

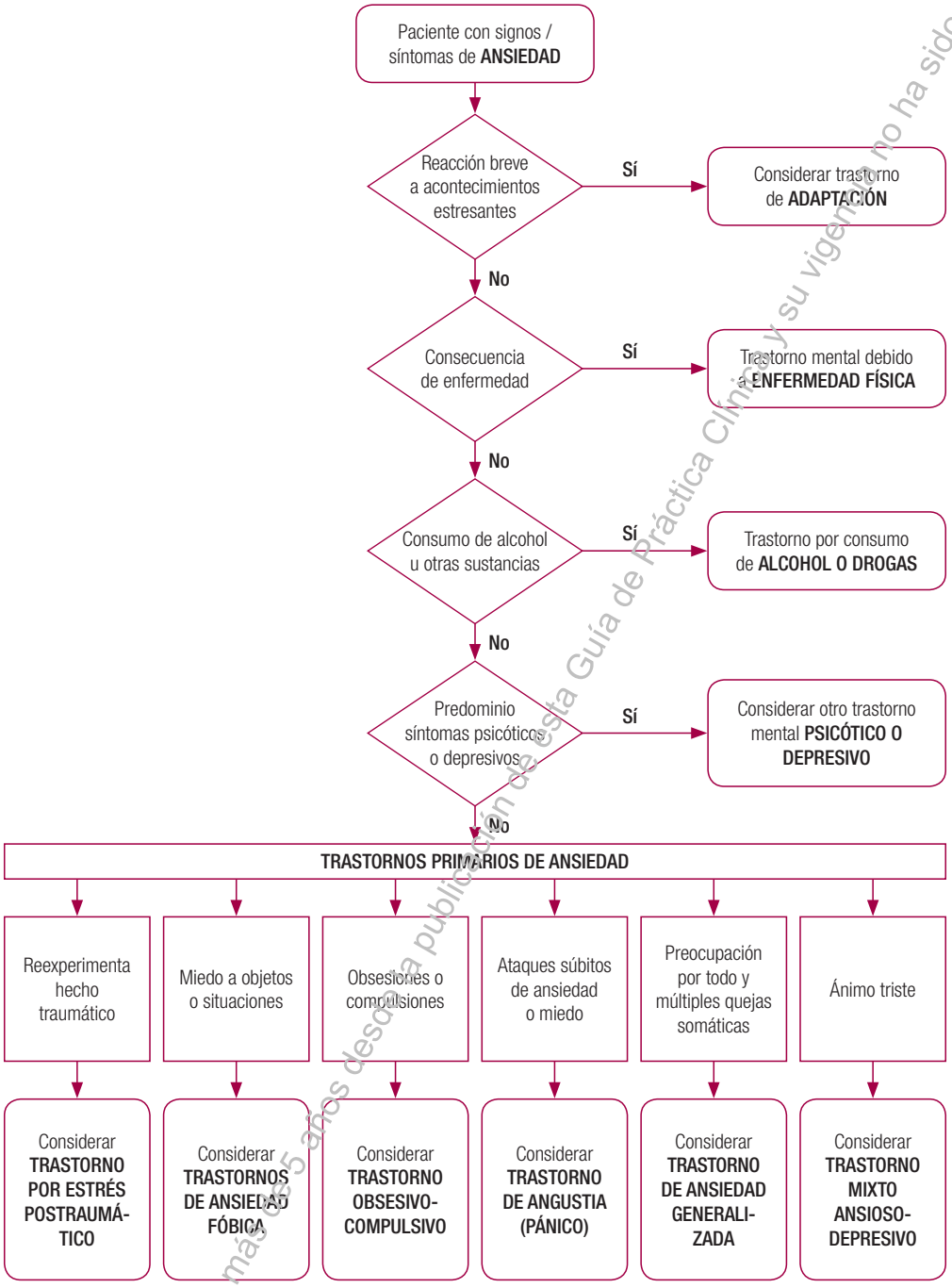
En los anexos se incluyen dos escalas, una autoadministrada (HAD) y otra heteroadministrada (EADG) (Anexo 2), ya que son fáciles de manejar e interpretar en el ámbito de AP, siendo útiles a la hora de proporcionar preguntas clave para guiar la entrevista clínica y para evaluar los cambios logrados con las distintas intervenciones, pero no para realizar cribado poblacional. Estas escalas no han sido validadas en la población inmigrante, por lo que es posible que tanto su sensibilidad/especificidad como su utilidad clínica, para estos pacientes, sean más limitadas[48].

Se incluye además en otro anexo una serie de preguntas clave por realizar durante la entrevista con el paciente para ayudar a los profesionales sanitarios a detectar los trastornos de ansiedad, específicamente el Trastorno de Ansiedad Generalizada y el Trastorno de Angustia[70] (Anexo 3).

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

5.4. Algoritmo diagnóstico

Como orientación inicial, ante un paciente con síntomas de ansiedad, se presenta el siguiente algoritmo diagnóstico:



Fuente: Modificado de: Pascual Pascual P., Villena Ferrer A., Morena Rayo S., Téllez Lapeira J. M. *El paciente ansioso.* [Internet]. Fisterra.com; 2005.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

6. Tratamiento de la ansiedad

Las preguntas que se van a responder en el presente capítulo son:

- ¿Cuál es el tratamiento más efectivo para el Trastorno de Ansiedad Generalizada? (TAG)
- ¿Cuál es el tratamiento más efectivo para el Trastorno de Angustia? (TA)
- ¿Cuál es el tratamiento más efectivo para la crisis de angustia/pánico?

El tratamiento de los Trastornos de Ansiedad Generalizada (TAG) y Trastorno de Angustia (TA) en Atención Primaria tiene los siguientes objetivos: aliviar los síntomas, evitar las secuelas y ayudar y/o asesorar en la resolución de problemas psicosociales, buscando la efectividad en términos de coste/beneficio. Se debe plantear un enfoque terapéutico integral, teniendo en cuenta tanto las medidas psicosociales como las biológicas y farmacológicas.

6.1. Tratamiento psicológico

La psicoterapia es un proceso de comunicación interpersonal entre un profesional experto (terapeuta) y un sujeto necesitado de ayuda por problemas de salud mental (paciente) que tiene como objeto producir cambios para mejorar la salud mental del segundo[71], con el propósito de hacer desaparecer, modificar los síntomas existentes, atenuar o cambiar modos de comportamiento y promover el crecimiento y desarrollo de una personalidad positiva[72].

Investigación cualitativa

Los resultados publicados de estudios que preguntan a las personas que acuden a Atención Primaria indican que, o bien éstas aceptan positivamente las intervenciones psicológicas[22], o prefieren las terapias psicológicas a los tratamientos farmacológicos como una modalidad de tratamiento para los trastornos de salud mental[73].

En una investigación clínica realizada en nuestro país se hace hincapié en los principios que debe incluir una relación "de apoyo", ofrecida por el médico de Atención Primaria[74] y que suponen el núcleo y el inicio de cualquier intervención terapéutica. Es crucial la entrevista clínica y la adecuada comunicación del diagnóstico y del planteamiento etiológico para el paciente. La propia relación médico-paciente puede considerarse en sí misma un importante instrumento terapéutico[75].

Cuando el profesional, haciendo uso de lo que sería el buen arte de la entrevista clínica, construye una relación desde la escucha activa, valida los sentimientos e ideas del paciente, favorece la expresión de emociones y desde ahí reconforta, disiente, informa y refuerza la autonomía.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Aunque el abordaje se plantea desde numerosos enfoques teóricos, describimos, dentro de los diferentes modelos de intervención psicoterapéutica para el tratamiento de los trastornos de ansiedad, los dos grandes grupos en los que las investigaciones han centrado, principalmente, sus estudios y dentro de los cuales se están realizando intervenciones psicológicas breves y estructuradas en Atención Primaria.

Terapias cognitivo-conductuales[76,77]

Bajo este nombre se agrupan un conjunto de técnicas que incorporan elementos tanto de la Terapia de Conducta –que considera los síntomas como un aprendizaje de patrones de conducta mal adaptados y tiene como finalidad la corrección de éstos– y la Terapia Cognitiva que toma en cuenta los procesos afectivos y cognitivos (expectativas, creencias, pensamientos) cuya distorsión sería la causa de la sintomatología, y cuya finalidad sería la identificación y análisis de estos pensamientos y creencias disfuncionales y la relación de éstos con los síntomas, y la construcción de técnicas más adaptativas y funcionales de respuesta.

La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) se caracteriza por ser un método activo y directivo, y en ella paciente y terapeuta trabajan en forma conjunta y estructurada, con tareas fuera de sesión.

Utiliza técnicas tanto conductuales como cognitivas en combinaciones diferentes según la sintomatología a abordar: relajación y respiración, entrenamiento autógeno, reestructuración cognitiva, exposición en vivo y diferida, detención del pensamiento, resolución de problemas, etc.

Psicoterapias psicodinámicas[78]

Se agrupan bajo esta denominación toda una serie de psicoterapias que tienen su origen histórico en las investigaciones de Freud y en el psicoanálisis, y tienen en común ciertos conceptos fundamentales como el conflicto entre los diferentes aspectos del Yo, la existencia de motivaciones inconscientes en nuestra conducta, la importancia de las experiencias tempranas, los mecanismos de defensa como estrategias para modular el dolor psíquico y la angustia y la consideración de la relación terapéutica como factor promotor de la comprensión del origen y mantenimiento de la sintomatología.

El objetivo de las psicoterapias psicodinámicas es promover la comprensión e integración de los aspectos del Yo en conflicto, encontrando nuevas maneras de integrar éstos para funcionar y desarrollarse con más libertad y eficiencia. Algunas de las técnicas que se incluyen entre las psicoterapias psicodinámicas son la psicoterapia breve y la psicoterapia de grupo.

En sus últimos desarrollos, las psicoterapias psicodinámicas han incluido aspectos de las teorías cognitivas y conductuales, que han llevado a la utilización de técnicas de intervención más directivas y con delimitación precisa de los conflictos a trabajar. Entre éstas se incluyen la psicoterapia familiar breve, la terapia interpersonal y la terapia cognitivo-analítica.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

En el estudio de los trastornos de ansiedad las intervenciones basadas en las teorías psicodinámicas han recibido poca atención.

La guía se centra fundamentalmente en las intervenciones de TCC. Sin embargo, la distinción entre las intervenciones incluidas en los tratamientos con TCC en los diferentes estudios revisados es difícil de realizar, y a menudo se mezclan diferentes tipos de intervenciones en cada TCC descrita.

6.1.1. Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)

El tratamiento psicológico del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) debe plantear técnicas que permitan al paciente aprender a controlarse paulatinamente, teniendo en cuenta que es previsible un aumento de la sintomatología en situaciones extremas. Se busca dotar al sujeto de recursos que pueda poner en marcha en cuanto detecte un aumento de los síntomas de ansiedad, sin tener que recurrir automáticamente a los fármacos[79].

Las guías de Práctica Clínica seleccionadas para su consulta[70,80-82] en la elaboración de esta guía, consideran la Terapia Cognitiva-Conductual (TCC) como tratamiento de elección para el TAG. En la guía canadiense los metaanálisis demuestran que la TCC reduce los síntomas de ansiedad y es más eficaz para el TAG que el no tratamiento o los métodos de tratamiento psicológico no específicos. Las ventajas de la terapia, en estudios a largo plazo, tienden a mantenerse de 6 meses a 2 años después de la terminación del tratamiento[83-85]. **GPC (RS y ECA) 1++**

Para el NICE, la TCC a corto plazo es tan eficaz como las terapias farmacológicas, pero falta evidencia de comparación para constatar esta eficacia a largo plazo. Sin embargo, sí hay evidencia de que la mayoría de los pacientes que han sido seguidos tras el tratamiento con TCC a largo plazo mantienen los beneficios de este tratamiento. Además, siempre hay que tener en cuenta, las preferencias del paciente[80]. **ECA 1++**

En la guía del MOH, se refleja que de los pacientes tratados con TCC, aproximadamente el 50% muestra una mejoría clínica significativa con mantenimiento de ésta en un rango de 6 a 12 meses de seguimiento[82].

Una revisión de la Cochrane, examina la eficacia y aceptabilidad de las terapias psicológicas, categorizadas como terapias cognitivo-conductuales (TCC), terapias psicodinámicas y terapias de apoyo, comparadas con el tratamiento habitual o con un paciente en la lista de espera para tratamiento y comparadas entre ellas, para los pacientes con TAG[86]. En cada estudio se identificó la descripción del tipo de tratamiento habitual para asegurar que no comprendiera un tratamiento con terapias de apoyo activas. Las intervenciones de TCC aplicadas son: entrenamiento para el tratamiento de la ansiedad, reestructuración cognitiva, exposición situacional y desensibilización por autocontrol. El entrenamiento en relajación también es una intervención clave **RS de ECA 1++**

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

en casi todos los estudios en los que se basa la revisión. La duración general media del tratamiento fue de ocho meses. Los resultados se midieron de dos maneras: disminución del 20% de los síntomas de ansiedad, como definición de un cambio clínicamente significativo en los pacientes, o disminución de los síntomas medidos con el uso de escalas. Así, de los pacientes asignados a la TCC el 46% mostraron una respuesta clínica favorable después del tratamiento, disminuyendo significativamente los síntomas de ansiedad, preocupación y depresión; todo esto en contraposición con un 14% en los grupos de pacientes que estaban en la lista de espera para tratamiento o con tratamiento habitual.

Tanto la intervención individual como la grupal mostraron un efecto similar después del tratamiento, pero los pacientes asignados a la terapia psicológica individual tuvieron menor probabilidad de abandonar el tratamiento que los pacientes asignados a la terapia en grupo. Las personas mayores también tuvieron mayor probabilidad de abandonar la terapia[86].

La revisión Cochrane concluye que la terapia psicológica que emplea un enfoque cognitivo-conductual es efectiva para el tratamiento del TAG; pero acaba mostrando que no hay evidencia sobre la efectividad de la terapia psicológica para tratar el TAG a largo plazo, más de 12 meses. Tampoco se pueden aportar datos que demuestren la efectividad de enfoques distintos a la TCC porque no hay suficiente evidencia. Se deben realizar más estudios para establecer si las terapias psicodinámicas y de apoyo son efectivas para tratar el TAG, y si la TCC es más útil que éstas para tratar este trastorno[86].

Otra revisión sistemática[87], basada en dos revisiones sistemáticas y siete ECA posteriores encontró también que la TCC (mediante una combinación de intervenciones tales como reestructuración cognitiva, exposición, relajación y desensibilización sistemática) comparada con control en lista de espera (sin tratamiento) mejora la ansiedad generalizada al cabo de 4 a 12 semanas de tratamiento. En los estudios que comparan las efectividades de la TCC y las técnicas de relajación se constata, prácticamente en todos, la superioridad de la TCC. **RS de ECA 1++**

Hay un informe de evaluación de tecnologías sanitarias que investiga sobre el resultado a largo plazo del tratamiento con TCC, en comparación con placebo, lista de espera, tratamientos farmacológicos (diazepam, fluvoxamina) y no farmacológicos (Desensibilización y Reproceso por el Movimiento de los Ojos-DRMO o Eye Movement Desensitization and Reprocessing-EMDR, y psicoterapia analítica)[88]. Los ensayos clínicos fueron llevados a cabo en el ámbito de la Atención Primaria, e incluían trastornos de ansiedad como el TAG. La media de horas de terapia fue de 5,6 repartidas en siete sesiones. Entre las intervenciones cognitivo-conductuales se encontraban la relajación o relajación muscular progresiva, autocontroles de desensibilización, exposición graduada o exposición *in vivo* e *in vitro,* reestructuración cognitiva, búsqueda de actividades alternativas y de tareas agradables y apoyo a través de consejo terapéutico. El tratamiento con TCC fue asociado con un mejor resultado a largo plazo, en términos de gravedad global de la sintomatología, pero no con respecto al estatus de cambio del diagnóstico[89]. **ECA 1++**

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

El informe concluye que la característica de cronicidad asociada a los trastornos de ansiedad, el fracaso en completar el tratamiento y la cantidad de tratamientos intermedios durante el período de seguimiento, hace que los buenos resultados obtenidos a corto plazo no se garanticen en un período de tiempo más largo. Se obtienen peores resultados en el tratamiento a largo plazo cuando los pacientes presentan TAG más complejos y graves. No se encontró evidencia de que una mayor duración de la TCC consiga efectos a más largo plazo, por lo que concluyen que es improbable que los clínicos que van más allá de los protocolos de tratamiento estándar de aproximadamente 10 sesiones durante un período de 6 meses consigan una mayor efectividad[88].

La eficacia de la TCC ha generado la necesidad de desarrollar técnicas accesibles para la práctica en Primaria, basadas en estos principios. Los ECA analizados para la elaboración de esta guía muestran modelos diferentes, pero los resultados llegan a ser similares.

Hay dos ECA[90,91] en los que se utiliza un modelo integrado en el que los médicos de familia son apoyados por especialistas. La intervención dura entre cuatro y ocho sesiones durante 8 semanas en las que se ayuda a los pacientes a desarrollar habilidades cognitivo-conductuales, que incluyen: estrategias de relajación física y cognitiva, reconocimiento y análisis de pensamientos ansiogénicos y de falta de autoconfianza, técnicas de detención de estos pensamientos, búsqueda de alternativas útiles y entrenamiento en acciones para resolución de problemas, técnicas para mejorar el sueño y trabajo en casa. **ECA 1+**

Otro ECA[92], en el contexto de AP, compara tres intervenciones de menor a mayor complejidad: autoayuda con un manual –guiada por el médico de familia–, seguimiento de las recomendaciones de guías de práctica clínica y derivación a TCC en Atención Especializada. En todas las intervenciones se obtienen buenos resultados, pero la más viable y útil, según los propios médicos de familia, es la autoayuda guiada, consistente en 5 sesiones de 20 minutos, en las que los médicos explican la ansiedad y técnicas cognitivas simples, basadas en ejercicios de relajación y exposición *in vivo,* para identificar los pensamientos ansiogénicos y cambiarlos por otros más realistas y racionales. Después se trabaja en casa tres horas semanales. Así el médico de familia puede tratar de manera efectiva a pacientes que considera no deben ser derivados. **ECA 1+**

La efectividad de la TCC se ha demostrado también en experiencias de nuestro propio contexto, donde diversos estudios realizados en centros de salud evalúan la utilidad de talleres de técnicas cognitivas y de relajación de carácter grupal en la reducción de trastornos como el TAG.

Un estudio pre-post-intervención[93] valora la eficacia del aprendizaje grupal en técnicas de relajación y respiración controlada y técnicas cognitivo-conductuales en 18 grupos de pacientes. La intervención es un taller de 8 sesiones con periodicidad semanal y con una duración de hora y media que incluye entrenamiento en respiración controlada y psicorelajación, técnicas de relajación (de Jacobson y entrenamiento autógeno de Shultz) y técnicas cognitivas (afrontamiento del estrés, reestructuración cognitiva, asertividad, técnicas de **Estudio pre-post 1-**

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

resolución de problemas, autoestima) mediante dinámica de grupos. La profesional que organiza y realiza los talleres es una trabajadora social. Participan 10-12 personas durante 2 meses, y a través de la escala de ansiedad-depresión de Goldberg (EADG)-18 items, se demuestra un descenso medio de la ansiedad post-intervención.

Ensayo Controlado no Aleatorizado 1+

En otro estudio de intervención controlado no aleatorio[94] en personas con TAG y TA, el grupo control son pacientes que recibieron tratamiento convencional con ansiolíticos y/o terapia de apoyo y el grupo de intervención realizó un curso de 10 sesiones semanales, impartido por una enfermera, en el que se aprende un ejercicio de relajación basado en el método autógeno de Shultz y se desarrollan técnicas grupales con ejercicios de percepción, comunicación, y manejo del estrés y la ansiedad entre otros. Al finalizar se realizó una evaluación cualitativa mediante grupos de discusión. Se utiliza el test STAI (State Anxiety Inventory), antes y después de la intervención y en ambos grupos. Las conclusiones que obtienen los autores es que este tipo de intervención es efectiva para disminuir las situaciones temporales ansiosas y mejora, en menor grado, la tendencia habitual de un sujeto a reaccionar ansiosamente. Cualitativamente, estos grupos proporcionan una mejora en la autoestima y en la red de relaciones.

Estas experiencias de nuestro entorno[93,94] coinciden en que las futuras investigaciones deben avanzar en el conocimiento del efecto de las terapias no farmacológicas en los trastornos psicológicos en Atención Primaria. Hay que medir los efectos a largo plazo, incluir grupo control y procedimientos de ciego, valorando el efecto sobre el consumo de psicofármacos. Todo encaminado a eliminar los posibles sesgos de los que pueden adolecer estas investigaciones.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Evidencias sobre el tratamiento con Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) para el Trastorno de Ansiedad Generaliza (TAG)

1 ++	La TCC es efectiva para el tratamiento del TAG, ya que disminuye los síntomas de ansiedad, preocupación y depresión[70,80-82,86].
1++	La TCC revisada incluye reestructuración cognitiva, exposición, relajación y desensibilización sistemática, con una media de ocho meses de tratamiento[86,87].
1++	No hay evidencia de que la TCC aplicada durante más de 6 meses (10 sesiones) consiga una mayor efectividad a más largo plazo[88].
1++	La TCC aplicada de manera individual tiene un efecto similar al del tratamiento en grupo, si bien el individual presenta menores tasas de abandono[86].
1++	La TCC a corto plazo es tan eficaz cómo la terapia farmacológica, si bien, falta evidencia de comparación para constatar esta eficacia a largo plazo[80].
1++	A largo plazo, las ventajas de la TCC se mantuvieron de 6 meses hasta 2 años después de la terminación del tratamiento[83-85].
1++	La presentación de TAG más complejos y graves en el inicio, el fracaso en completar el tratamiento y la cantidad de tratamientos intermedios durante el período de seguimiento se asocian con peores resultados de la TCC a largo plazo[88].
1++	No hay estudios suficientes que hayan evaluado la efectividad de técnicas de intervención psicoterapéuticas distintas a la TCC, para el tratamiento del TAG[86].
Aplicación en el ámbito de Atención Primaria **1. Ámbito internacional** **Hay evidencia de la aplicación de TCC y su efectividad en AP a través de:**	
1+	Un modelo integrado en el que los médicos de familia son apoyados por especialistas, que durante 8 semanas (4-8 sesiones) ayudan a los pacientes a desarrollar habilidades cognitivo-conductuales a través de relajación, reconocimiento de pensamientos ansiogénicos y de falta de autoconfianza, búsqueda de alternativas útiles y entrenamiento en acciones para resolución de problemas, técnicas para mejorar el sueño y trabajo en casa[90,91].
1+	Mediante autoayuda con un manual, guiada por el médico de familia: 5 sesiones de 20 minutos, donde se explica la ansiedad, técnicas cognitivas simples (relajación y exposición in vivo e identificación de pensamientos ansiogénicos) y trabajo en casa tres horas semanales[92].
2. Ámbito nacional	
1+/ 1-	En nuestro contexto, los talleres grupales, basados en relajación y técnicas cognitivas sencillas, realizados en los centros de salud por trabajadores sociales y/o enfermería (8 sesiones, 1 por semana), mejoran las situaciones ansiosas y la autoestima[93,94].

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Recomendaciones sobre el tratamiento con Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) para el Trastorno de Ansiedad Generaliza (TAG)

Recomendaciones generales	
A	Se recomienda la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) como uno de los tratamientos de elección para el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) por su efectividad en la reducción de los síntomas de ansiedad, preocupación y tristeza, tanto a corto como a largo plazo, aunque se deben tener en cuenta las preferencias del paciente.
A	Las intervenciones con TCC deben incluir una combinación de intervenciones tales como reestructuración cognitiva, exposición, relajación y desensibilización sistemática.
A	La TCC debe ser aplicada en unas 10 sesiones (unos 6 meses) como media, ya que no se consigue una mayor efectividad aplicándola durante más tiempo.
A	La TCC puede ser aplicada de manera individual o en grupo, ya que los efectos son similares, aunque el tratamiento individual conlleva menores tasas de abandono.
Atención Primaria	
B	Se recomienda la aplicación de intervenciones cognitivo-conductuales (relajación, reconocimiento de pensamientos ansiogénicos y de falta de autoconfianza, búsqueda de alternativas útiles y entrenamiento en acciones para resolución de problemas, técnicas para mejorar el sueño y trabajo en casa) por profesionales entrenados en los centros de salud.
B	Se aconseja la realización de talleres grupales basados en relajación y técnicas cognitivas aplicables en los centros de salud.
√	Los talleres grupales deben tener una duración de al menos 8 sesiones (1 por semana), realizarse de forma reglada y ser dirigidos por profesionales entrenados de los equipos de Atención Primaria.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

6.1.2. Trastorno de Angustia con o sin agorafobia (TA)

La característica esencial del trastorno de angustia (TA) es la presencia de crisis recurrentes de ansiedad grave (crisis de angustia o crisis de pánico). Hay que diferenciar entre el tratamiento sintomático de las crisis de angustia y el tratamiento del trastorno como tal. Las crisis de angustia suelen ceder o bien espontáneamente o con medicación, al cabo de 5 o 10 minutos. El tratamiento del trastorno de angustia es un tratamiento continuado que pretende la supresión de las crisis de pánico y la prevención de recaídas.

El tratamiento psicológico del trastorno de angustia (TA) tiene como objetivo principal reducir, de forma consistente, la frecuencia, duración e intensidad de las crisis, respecto a las registradas antes del proceso de diagnóstico y abordaje terapéutico[79].

Metaanálisis 1+

Las primeras revisiones realizadas demostraron la efectividad de diferentes modalidades psicoterapéuticas para el tratamiento del TA, comparando su eficacia con respecto a un tratamiento control a corto plazo[95] o durante el seguimiento[96]; pero en ellas se veía la necesidad de realizar ECA que investigaran sobre los efectos del tratamiento a largo plazo y los de su interrupción.

RS de ECA 1++

Una revisión sistemática evalúa la eficacia de las psicoterapias psicodinámicas a corto plazo para trastornos mentales frecuentes, en relación con un tratamiento mínimo y con controles sin tratamiento. Los resultados encontrados para el TA muestran beneficios moderados que se mantuvieron en el seguimiento a corto y medio plazo[97]; pero la variabilidad en el diseño del estudio significa que estas conclusiones son tentativas y necesitan confirmarse con investigación adicional.

Se han encontrado también resultados que sitúan otras terapias, como la relajación aplicada y la terapia centrada en el cliente, como terapias con efectos probablemente beneficiosos para el tratamiento del TA[98]. **RS de ECA 1++**

Sin embargo, la mayor parte de los estudios realizados hasta el momento se han centrado más en valorar la efectividad de la TCC.

En las guías del NICE, la Canadian Psychiatric Association y el MOH se considera la TCC como tratamiento de elección para el TA. **GPC (RS y ECA) 1+**

Para el NICE, la TCC, por la existencia de pruebas de un efecto más duradero, se sitúa en primer lugar como intervención recomendada para el TA[80]. Hay que tener en cuenta, sin embargo, las preferencias del paciente. La TCC es efectiva con o sin exposición y para la mayoría de los pacientes se recomiendan sesiones semanales de 1 a 2 horas, hasta completar el tratamiento, como máximo a los 4 meses desde su comienzo.

La guía canadiense, basándose en los metaanálisis revisados, determina que la TCC es el tratamiento psicológico más eficaz para el TA. Además, hay evidencia acumulada de que la TCC puede ser más eficaz que la medicación en la prevención de recaídas y de que en estudios a largo plazo[99-101] las ventajas de la TCC se mantuvieron hasta 2 años después de la terminación del tratamiento[70]. **Estudio pre-post 1-**

El MOH muestra la evidencia de la eficacia de la TCC que incluya componentes como la psicoeducación, la exposición a los síntomas o situaciones, la reestructuración cognitiva, las técnicas de respiración y las técnicas de manejo del pánico[82]. **GPC (RS y ECA) 1+**

Hay un metaanálisis[102] que evalúa la eficacia de la TCC, comparándola con el control de no tratamiento o la utilización de un placebo. Las dos terceras partes de los estudios incluidos comparan TCC que incluyen técnicas de exposición, con una duración media de 16 semanas. Para la medida de resultados se utilizaron cuestionarios y escalas. La conclusión del metaanálisis es que la TCC, además de ser eficaz para reducir el TA, mejora la calidad de vida de los pacientes y se asocia con una reducción de los síntomas de carácter depresivo asociados al trastorno. Se señalan también las limitaciones que tienen los estudios incluidos en el metaanálisis, ya que los resultados finales siempre se miden en términos de frecuencia de ataques de pánico, por lo que se sugiere que en las próximas investigaciones se tenga en cuenta también el estado de ansiedad anticipatoria y se incluyan criterios de todos los aspectos de la enfermedad (cognitivo, conductual y estado "arousal" o de activación). **Metaanálisis 1++**

El metaanálisis, referido anteriormente, evalúa también la eficacia de la TCC y la farmacoterapia, para el TA, comparando los dos tratamientos. Para el tratamiento farmacológico se utilizaron antidepresivos sobre todo del tipo de inhibidores de la recaptación de la serotonina (ISRS) y tricíclicos. La duración media del tratamiento se sitúa en torno a las 12 y 13 semanas. Se llega al resultado final de que ambos tratamientos son igualmente eficaces en la mejora de los síntomas de ansiedad, aunque dependiendo del tipo de análisis se muestra una efectividad ligeramente más alta para la TCC.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de práctica clínica y su vigencia no ha sido revisada.

La revisión sistemática de Clinical Evidence analiza aquellas revisiones y ECA de intervenciones cuyo objetivo es o bien reducir la gravedad y frecuencia de los ataques de pánico, de las conductas fóbicas de evitación y de la ansiedad anticipatoria, o mejorar el funcionamiento social y ocupacional con los mínimos efectos adversos derivados del tratamiento[98]. Para evaluar los resultados de efectividad se realizaron mediciones del número de crisis de pánico, la intensidad de la agorafobia y la asociación de discapacidad utilizando escalas específicas y generales, antes y después del tratamiento y a largo plazo. En esta revisión se concluye que la TCC, en unas 20 sesiones de no más de 12-16 semanas de duración y utilizando intervenciones como relajación, procedimientos de exposición y cambio de creencias disfuncionales y pensamientos automáticos negativos, comparada con placebo farmacológico, aumentó significativamente la proporción de personas con mejoría clínica y estadísticamente significativa de los síntomas de pánico a los seis meses de seguimiento. **RS de ECA 1+**

En una revisión sistemática de la agencia de evaluación de tecnologías sueca se señala que la TCC que incluye exposición alivia los síntomas en el TA sin agorafobia o con una agorafobia media o moderada. Su efectividad para el TA con una agorafobia grave no ha sido establecida. La terapia de exposición *in vivo* como monoterapia alivia los síntomas de la evitación agorafóbica[95,103]. **Metaanálisis/ RS de ECA 1+**

Hay diversos estudios primarios en los que se investiga sobre la disponibilidad de protocolos y recursos para ayudar a los médicos de AP a poner en práctica intervenciones basadas en la TCC, específicamente para el TA.

Un artículo de revisión[104] sobre el manejo del TA en AP, además de destacar la importancia de las habilidades de comunicación en la evaluación del trastorno, la psicoeducación y los cambios en el estilo de vida, propone como TCC aplicables por el médico de familia lo que denominan FPS (focussed psycological strategies o estrategias psicológicas focalizadas), que incluyen: ejercicios de respiración y relajación, reestructuración cognitiva y exposición gradual.

La variación de modelos de intervención en AP es tan amplia como en el caso del TAG.

La terapia es a veces llevada a cabo por psicólogos, sobre todo en sistemas sanitarios donde éstos están integrados en AP. Así hay un ECA[105], para pacientes con TA y agorafobia que compara tres tipos de TCC administradas durante 12 semanas: estándar (con 8 sesiones de 45 minutos), de contacto mínimo (3 sesiones de 10 minutos y 3 sesiones de 30 minutos) y biblioterapia (tres sesiones de 1 hora y media). Se observa que la TCC estándar es la más eficaz en términos de reducción de la gravedad, de cambio de los síntomas y de funcionamiento social, y que al ser bastante más corta que otras TCC representa un tratamiento eficiente del TA y la agorafobia en AP. **ECA 1+**

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Otro ECA en el contexto de AP, ya referido en el tratamiento del TAG, que comparaba las intervenciones de autoayuda guiadas por el médico de familia con un manual, el seguimiento de las recomendaciones de guías de práctica clínica y la derivación a TCC en atención especializada, también demuestra que en los pacientes con TA la intervención más factible y ventajosa fue la autoayuda guiada, que consistía en 5 sesiones de 20 minutos, en las que los médicos explican la ansiedad y técnicas cognitivas simples (ejercicios de relajación y exposición *in vivo)* para identificar los pensamientos ansiogénicos y cambiarlos por otros. Se completa con trabajo de tres horas semanales en casa, evitándose de esta manera derivaciones al especialista[92]. **ECA 1+**

Cuando se investiga la eficacia relativa de la TCC aplicada individualmente y en grupo, realizada por psicólogos en el contexto de AP, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre ambos tratamientos, pero sí hay una diferencia clínicamente relevante a favor de la terapia individual[106]. **ECA 1+**

En nuestro país, en algunos estudios se plantea la necesidad de una estrecha cooperación entre Atención Primaria y Atención Especializada en Salud Mental (SM)[26] y se valora como importante un programa de formación continuada en SM para los médicos de AP.

Los estudios realizados en nuestros centros de salud por trabajadores sociales y/o enfermeras[93,94], ya descritos en el tratamiento del TAG, avalan también la utilidad para el TA de diversos talleres de técnicas cognitivas (afrontamiento de estrés, reestructuración cognitiva, técnicas de resolución de problemas) y de relajación de carácter grupal (método autógeno de Shultz) en la reducción de la ansiedad. **Estudio pre-post 1- Ensayo Controlado no Aleatorizado 1+**

La evaluación de la eficacia de la TCC a largo plazo continúa siendo el objetivo de sucesivas investigaciones. Se compara la efectividad de la terapia psicológica con la que proporciona el tratamiento farmacológico y las conclusiones determinan que no es que la TCC no tenga efectos duraderos, sino que se necesitan más estudios basados en una metodología robusta y realizados con datos fiables[107]. **RS de distintos tipos de estudios 1+**

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Evidencias sobre Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) para el Trastorno de Angustia (TA)

1+	Existen pruebas que sitúan, por su efecto más duradero, a la TCC en el primer lugar de los tratamientos para el TA[80].
1++	La TCC aumenta significativamente la proporción de personas con mejoría clínica y significativa de los síntomas de pánico a los seis meses de seguimiento, mejora la calidad de vida del paciente y se asocia con una reducción de los síntomas de tipo depresivo asociados al trastorno[98,102].
1+	La TCC revisada incluye psicoeducación, exposición a los síntomas o situaciones, reestructuración cognitiva y técnicas de respiración, de relajación y de manejo del pánico, con sesiones semanales, de 1 a 2 horas, en 4 meses de tratamiento[80,82].
1+	La TCC que incluye exposición alivia los síntomas del TA sin agorafobia o con una agorafobia media o moderada[96].
1-	Hay evidencia de que la TCC puede ser eficaz en la prevención de recaídas[99-101].
1+	Cuando se compara la eficacia de la TCC y la farmacoterapia (ISRS y tricíclicos), ambos tratamientos son igualmente eficaces en la mejora de los síntomas de ansiedad, aunque dependiendo del tipo de análisis se muestra una efectividad ligeramente más alta para la TCC[102].
1+	A largo plazo, las ventajas de la TCC se mantuvieron hasta 2 años después de la terminación de tratamiento[70,99-101].
Aplicación en el ámbito de Atención Primaria **1. Ámbito internacional** **Hay evidencia de la aplicación de TCC y su efectividad en AP, para el TA a través de:**	
1+	Un modelo integrado en el que los médicos de familia son apoyados por psicólogos. Los pacientes reciben un manual y durante 12 semanas (8 sesiones) se aplican intervenciones de TCC mediante exposición y reestructuración cognitiva que son más eficaces en la reducción de la gravedad, en el cambio de los síntomas y en el funcionamiento social, que una terapia de contacto mínimo (6 sesiones) y que la biblioterapia[105].
1+	Autoyuda con un manual, guiada por el médico de familia. Los médicos de familia realizan 5 sesiones de 20 minutos, donde explican la ansiedad y técnicas cognitivas simples (relajación y exposición *in vivo* e identificación de pensamientos ansiogénicos), con trabajo en casa para el paciente de tres horas semanales[92].
1+	Entre la TCC aplicada individualmente y en grupo, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas, pero sí hay una diferencia clínicamente relevante a favor de la terapia individual[106].
2. Ámbito nacional	
1+/ 1-	En nuestro contexto, los talleres grupales, basados en relajación y técnicas cognitivas sencillas, realizados en los centros de salud por trabajadores sociales y/o enfermería (8 sesiones, 1 por semana) mejoran las situaciones ansiosas y la autoestima[93,94].

Recomendaciones sobre Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) para el Trastorno de Angustia (TA)

Recomendaciones generales	
A	Se recomienda la terapia cognitivo-conductual (TCC) como uno de los tratamientos de elección para el Trastorno de angustia (TA) por su efectividad en la mejora de los síntomas de pánico, en la calidad de vida y en la reducción de los síntomas de tipo depresivo, aunque se deben tener en cuenta las preferencias del paciente.
A	Las intervenciones con TCC deben incluir una combinación de intervenciones tales como psicoeducación, exposición a los síntomas o situaciones, reestructuración cognitiva, técnicas de respiración, relajación y de manejo del pánico.
A	La TCC debe ser aplicada, como media, en unas 8-16 sesiones semanales de 1 a 2 horas.
B	Para aliviar los síntomas del TA con una agorafobia media o moderada, se recomiendan intervenciones de TCC que incluyan exposición *in vivo*.
Atención Primaria	
B	Se recomienda la aplicación de intervenciones cognitivo-conductuales en los centros de salud por profesionales entrenados, preferiblemente de manera individual, mediante exposición y reestructuración cognitiva.
B	Se aconseja la realización de talleres grupales basados en relajación y técnicas cognitivas aplicables en los centros de salud.
√	Los talleres grupales deben tener una duración de al menos 8 sesiones (1 por semana), realizarse de forma reglada y ser dirigidos por profesionales entrenados de los equipos de Atención Primaria.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

6.1.3. Crisis de angustia/pánico

Por la gran discapacidad percibida por los pacientes que sufren las crisis de pánico se ha considerado este aspecto como una parte importante de la investigación.

En el tratamiento de la crisis de pánico se debe tener en cuenta que los episodios que la caracterizan afectan, de forma importante, la vida de las personas que las padecen y que aunque se puede mejorar ocasionalmente, no suelen desaparecer a menos que se reciba un tratamiento adecuado[108].

Algunos estudios señalan que de las personas con crisis de angustia que van a un centro sanitario, el 32% acuden a urgencias hospitalarias, el 26% a salud mental y el 35% a Atención Primaria. El papel que juega el médico de familia ante estos ataques es muy importante. Los pacientes que acuden a su centro de salud con una crisis de pánico se encuentran ante las primeras manifestaciones de la enfermedad y presentan menor gravedad en los síntomas que aquellos que acuden a los servicios de salud mental. Esto puede explicar, en parte, que los resultados obtenidos con el tratamiento en Atención Primaria sean mejor es, en cuanto a menor frecuencia de consultas y de necesidad de medicación por lo que a este motivo se refiere, así como de una menor utilización de la automedicación[109-112].

GPC (Opinión de expertos) 4

No se ha encontrado suficiente evidencia de ensayos que investiguen sobre el tratamiento sintomático de la crisis de angustia, sobre todo en la parte del tratamiento agudo de la crisis[70,80-82].

La guía canadiense recalca el papel de la terapia cognitivo-conductual como estrategia psicoterapéutica eficaz en el manejo de la crisis de ansiedad[61]. En nuestro contexto y dentro del ámbito de Atención Primaria, se podrían incluir medidas conductuales y de apoyo que contienen psicoeducación (tranquilizar al paciente, consejos de actuación por escrito), entrenamiento en el manejo de los síntomas (con enseñanza de técnicas de relajación y aprendizaje de ejercicios de respiración para manejar la hiperventilación), y técnicas de exposición. Además es importante, informar a la familia sobre este tipo de actuaciones ante la aparición de nuevas crisis.

Evidencias sobre Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) para la Crisis de Angustia

4	No se ha encontrado suficiente evidencia de ensayos que investiguen sobre el tratamiento sintomático de la crisis de angustia, sobre todo en la parte del tratamiento agudo de la crisis[70,80-82].
4	Las siguientes técnicas se utilizan en AP para controlar los síntomas relacionados con la crisis de ansiedad: • Medidas conductuales y de apoyo que contienen psicoeducación: tranquilizar al paciente y consejos de actuación por escrito. • Entrenamiento en el manejo de los síntomas: enseñanza de técnicas de relajación y aprendizaje de ejercicios de respiración para manejar la hiperventilación. • Técnicas de exposición.
4	La información a la familia sobre las actuaciones anteriores puede ayudar ante la aparición de una nueva crisis.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Recomendaciones sobre Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) en AP para la Crisis de Angustia

√	Se recomiendan las siguientes técnicas psicológicas en AP para controlar los síntomas relacionados con la crisis de ansiedad: • Medidas conductuales y de apoyo que contienen psicoeducación: tranquilizar al paciente y consejos de actuación por escrito. • Entrenamiento en el manejo de los síntomas: enseñanza de técnicas de relajación y aprendizaje de ejercicios de respiración para manejar la hiperventilación. • Técnicas de exposición.
√	Se debe informar a la familia sobre este tipo de actuaciones para ayudar en la resolución de nuevas crisis.

6.2. Técnicas psicológicas de aplicación posible en nuestro ámbito de Atención Primaria

Opinión de expertos 4

Independientemente del enfoque desde el que se trabaje, y de si el abordaje se realiza individual o grupalmente, las intervenciones psicológicas en AP deben realizarse por profesionales formados y deben tener unas características comunes de aplicabilidad[77], que son las que las diferencian del ejercicio de la relación de apoyo que se crea en las consultas de Atención Primaria:

- Estructuradas: sencillas de aprender y fáciles de aplicar.
- Breves y con los tiempos pautados en la manualización inicial.
- Con objetivos concretos, fijados tras la evaluación.
- Estar descrita su efectividad para el diagnóstico por tratar.

6.2.1. Técnicas cognitivo-conductuales

Técnicas Conductuales

Tienen el objetivo de reducir los síntomas mediante la modificación de los factores que refuerzan los síntomas y/o la exposición gradual a los estímulos ansiógenos. En la siguiente tabla se recogen estas técnicas:

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Tabla 9*.Técnicas Conductuales en el ámbito de Atención Primaria[59,113]

Técnicas de relajación: para alcanzar un estado de hipoactivación que contrarreste y ayude a controlar el de ansiedad • Entrenamiento en relajación progresiva • Entrenamiento en control de la respiración **Técnicas de exposición:** exposición a los estímulos que provocan la ansiedad, con el objetivo de prever y reducir las respuestas adaptativas • Desensibilización sistemática • Exposición gradual *in vivo* **Técnicas de autocontrol:** enseñan al paciente los principios que rigen la conducta no deseada • Autoobservación • Autoreforzamiento y autocastigo • Control de estímulos **Entrenamiento en habilidades sociales:** tras analizar las conductas problema y reentrenarlas.	Opinión de expertos 4

*Modificada de García-Vera en Vázquez-Barquero[59].

Técnicas Cognitivas

Identificar y analizar los pensamientos y creencias disfuncionales y la relación de éstos con los síntomas, y construir técnicas de respuesta más adaptativas y funcionales[76,77].

Tabla 10. Técnicas Cognitivas[113,114]

Autoinstrucciones: detectar las autoverbalizaciones negativas *("no podré")* y cambiarlas por autoinstrucciones positivas *("seré capaz"),* e impedir las respuestas evitativas a la ansiedad anticipatoria. **Entrenamiento en el manejo de la ansiedad:** enseña al paciente a usar la relajación aplicada para el control de la ansiedad. Se le entrena para reconocer los síntomas que reflejan la presencia de ansiedad, para que aprenda a reconocer las respuestas de ansiedad a medida que se forman, y así poder usarlas como indicadores para iniciar la respuesta de afrontamiento de la relajación. **Distracción cognitiva y detención del pensamiento:** centrar la atención en estímulos neutros no amenazantes (contar farolas, escaparates de zapatos…). **Técnicas de resolución de problemas[76,115,116]:** para que se resuelvan las situaciones vitales estresantes de la manera más adecuada. Ayudan a identificar y delimitar los problemas; facilitan un método para priorizar los objetivos y concretar los pasos de actuación. Se consigue reducir la intensidad de la preocupación, aumentar el sentido de control ante circunstancias negativas reconociendo los hitos conseguidos, fomentar la iniciativa y generar una forma más efectiva de enfrentarse a futuros problemas. **Reestructuración cognitiva[58,59,76,77,117]:** sustituir pensamientos irracionales o distorsionados por otros más racionales. El trabajo se estructura en un modelo de entrenamiento en habilidades, para ayudar a los pacientes a desarrollar la capacidad de identificar las cogniciones desadaptativas, contrastarlas con la realidad y desactivarlas generando pensamientos racionales propios.	Opinión de expertos 4

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

6.2.2. Técnicas de orientación psicodinámica

Técnicas Psicodinámicas

Ayudan a entender los síntomas y los conflictos subyacentes (del mundo interno o las relaciones personales) a través de un enfoque empático en el que el terapeuta observa, comprende y recibe las ansiedades de la persona, y se las devuelve de modo que puedan ser reconocidas y aceptadas por el paciente, favoreciendo el pensar y hacerse cargo de las mismas[78].

Opinión de expertos 4

Tabla 11. Técnicas Psicodinámicas en Atención Primaria

Terapia Interpersonal (TIP)[58,78,118]: se identifican aspectos interpersonales frecuentes: duelo, transición de roles, disputas y déficit interpersonales. Es una intervención manualizada, especialmente diseñada para pacientes que presenten síntomas de ansiedad o depresión en relación con acontecimientos vitales estresantes y que no tengan un trastorno mental grave. Su objetivo es reducir el estrés y los síntomas, mejorando el funcionamiento social.

6.2.3. Otras Técnicas

Terapia Familiar Breve (TFB)[119-121]

Entiende a la familia como un conjunto de elementos que interactúan entre sí y que hacen que las personas persistan en actividades que mantienen vivos los problemas. El objetivo del profesional debe ser estimular para iniciar un proceso de cambio. Se formula una propuesta de acción que favorezca los cambios deseados para resolver la queja. El paciente y su familia completan el proceso, sin pretender acompañarles hasta el final de la solución y sin que toda la familia acuda a la consulta.

Opinión de expertos 4

Técnicas de *Counselling* (consejo asistido)[59,117]

Uso de las relaciones que desarrollan el autoconocimiento, la aceptación emocional, el crecimiento y los recursos personales. Puede estar relacionado con dirigirse y resolver problemas específicos, tomando decisiones, haciendo frente a las crisis, trabajando a través de los sentimientos dentro de los conflictos, o mejorar las relaciones con los otros. Se explora con el paciente el problema, desde una compresión eficaz, y se le capacita para marcar objetivos y metas.

La mayoría de estas técnicas, tanto las cognitivo-conductuales como las psicodinámicas, pueden ser aplicadas con un abordaje individual o grupal, siempre que la intervención reúna los requisitos descritos previamente y esté convenientemente estructurada para su aplicación en formato grupal.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Los abordajes de tipo grupal más habitualmente utilizados en Atención Primaria para los trastornos de ansiedad son los que se denominan de *"Desarrollo de habilidades".* Se utilizan para la aplicación del aprendizaje de las técnicas de respiración y relajación, afrontamiento y manejo del estrés, resolución de problemas, y entrenamiento y manejo de la ansiedad, entre otras.

Evidencias sobre técnicas psicológicas de aplicación en el ámbito de Atención Primaria para el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) y el Trastorno de Angustia (TA)

4	Se han encontrado las siguientes características comunes en las intervenciones breves realizadas en AP, de forma individual o grupal, para obtener una mayor efectividad[77]: • Realizadas por profesionales formados • Estructuradas: sencillas de aprender y fáciles de aplicar • Breves y con los tiempos pautados en la manualización inicial • Con objetivos concretos, fijados tras la evaluación • Estar descrita su efectividad para el diagnóstico por tratar
4	Las siguientes técnicas se utilizan en AP para disminuir los síntomas relacionados con la ansiedad: • Técnicas de relajación: entrenamiento en relajación progresiva o en control de la respiración • Exposición: desensibilización sistemática y exposición gradual *in vivo* • Técnicas de autocontrol: autoobservación, autoreforzamiento y autocastigo, y control de estímulos • Entrenamiento en habilidades sociales: reentrenar las conductas problema • Autoinstrucciones: de autoverbalizaciones negativas a autoinstrucciones positivas • Entrenamiento en el manejo de la ansiedad: relajación aplicada • Distracción cognitiva y detención del pensamiento: estímulos neutros no amenazantes • Técnicas de resolución de problemas: identificar y delimitar los problemas • Reestructuración cognitiva: pensamientos irracionales o distorsionados por otros racionales • Terapia Interpersonal (TIP): identificar aspectos interpersonales • Terapia familiar breve (TFB): proceso de cambio entendiendo la familia como un conjunto de elementos que interactúan entre sí • *Counselling:* uso de las relaciones que desarrollan el autoconocimiento, la aceptación emocional, el crecimiento y los recursos personales

Recomendaciones sobre técnicas psicológicas de aplicación en el ámbito de Atención Primaria para el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) y el Trastorno de Angustia (TA)

√	Las intervenciones breves en AP deben realizarse por profesionales formados, y deben tener unas características comunes de aplicabilidad: ser estructuradas, sencillas y fáciles de aplicar, breves, con tiempos pautados, objetivos concretos y con efectividad descrita.
√	Como técnicas psicológicas de posible aplicación en AP, para reducir la sintomatología ansiosa del TAG y TA, se recomiendan: técnicas de relajación, de exposición, de autocontrol, de entrenamiento en habilidades sociales, de autoinstrucciones, de entrenamiento en el manejo de la ansiedad, de distracción cognitiva y detención del pensamiento, de resolución de problemas, de reestructuración cognitiva y de terapia interpersonal.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

6.3. Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico de los trastornos de ansiedad tiene como objetivo aliviar los síntomas, prevenir las recaídas y evitar las secuelas, y todo ello con la mayor tolerabilidad posible hacia la medicación.

6.3.1. Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)

El establecimiento de la acción terapéutica para la ansiedad generalizada tiene que tener en cuenta la cronicidad de este trastorno. Habitualmente se aconsejan tratamientos prolongados que puedan proporcionar la estabilidad clínica.

Antidepresivos

Una de las primeras revisiones sistemáticas con ECA que utiliza antidepresivos (imipramina, paroxetina y trazodona) para el tratamiento de los trastornos de ansiedad constata una eficacia comparable entre las benzodiazepinas y los antidepresivos para el tratamiento agudo del TAG[122]. Los datos surgidos a lo largo de las dos últimas décadas han continuado destacando la eficacia de los antidepresivos para el tratamiento del TAG. **RS de ECA 1+**

Cuando se revisa la eficacia de los antidepresivos imipramina, venlafaxina y paroxetina frente al placebo y su grado de aceptación, midiendo los resultados en términos de "ausencia de respuesta" (la respuesta definida como ausencia de síntomas suficientes para cumplir criterios diagnósticos, con puntuaciones de 1 o 2 –muchísima mejoría– en la Clinical Global Impressions-CGI o Escala de Impresión Clínica Global), "tasa de abandono" y "efectos secundarios específicos", se observa que existe mayor probabilidad de respuesta al tratamiento a corto plazo en el caso de los antidepresivos que en el placebo, con un NNT global para los antidepresivos de 5,5 (IC del 95%:4,1;8,4), que no se encuentran diferencias significativas en cuanto a abandonos, entre ambos, y que los efectos secundarios son más frecuentes en los grupos tratados con fármacos que en aquellos tratados con placebo. El que las tasas de abandono no presenten diferencias entre los grupos tratados con antidepresivos y aquellos tratados con placebo sugiere que los pacientes con TAG pueden tolerar bien el uso de estos fármacos. Cuando se comparan los antidepresivos tricíclicos con los nuevos antidepresivos, los resultados en eficacia y tolerabilidad son similares para la paroxetina y la imipramina. Aunque usualmente la venlafaxina y la paroxetina se asocian con un mejor perfil de grado de aceptación, no se encontraron diferencias con la imipramina tricíclica en términos de abandonos, que es posiblemente el indicador más sólido del grado de aceptación[123,124]. **RS de ECA 1++** **ECA 1+**

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de práctica clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Otra revisión sistemática y ensayos posteriores amplían la evaluación de los antidepresivos mencionados anteriormente con la sertralina, escitalopram y opipramol*, comparándolos con placebo. Se observa que estos fármacos aumentan las tasas de respuesta y mejoran los síntomas del TAG[87,125]. Investigaciones con otros antidepresivos para el tratamiento del TAG destacan el papel de otros fármacos, como la duloxetina, por su buena tolerancia y su eficacia en comparación con placebo para reducir las alteraciones funcionales de los pacientes y mejorar su calidad de vida y bienestar. Hacen falta más estudios sobre su eficacia en comparación con otros antidepresivos[126-128].

RS de ECA 1++
ECA 1+

Los efectos adversos encontrados para las familias de antidepresivos citados anteriormente se asocian con sedación, mareos, náuseas, sequedad de boca, estreñimiento, caídas y disfunción sexual, entre otros, aunque en muchos de los ensayos no se refleja su significación estadística. Sí hay evidencia de que la mayoría de ellos (salvo el mareo y la disfunción sexual) disminuyeron a los 6 meses en aquellos pacientes que continuaron con la medicación. Por otra parte, la interrupción brusca del tratamiento con ISRS se asoció con efectos adversos como mareo, cefalea, náuseas, vómito, diarrea, trastornos de movimiento, insomnio, irritabilidad, alteraciones visuales, letargo, anorexia y estados de desánimo. En relación con la utilización de los ISRS hay que tener en cuenta un posible riesgo aumentado de autolesiones, suicidios e hiponatremia[87,129].

RS de ECA 1++
Series de casos 3

La FDA americana (Food and Drug Administration) alerta de complicaciones cuando se toman durante el embarazo: malformaciones congénitas, sobre todo cardiacas, si se usa la paroxetina en el primer trimestre del embarazo, aumentando su categoría de riesgo en el embarazo de la C a la D (clasificación de la FDA de los medicamentos según su potencial teratógeno)[87,130]. Además, cuando se toman los ISRS en las últimas fases del embarazo, hay cierta evidencia de la interferencia de estos fármacos con los sistemas respiratorio y parasimpático en los neonatos, y se observa un mayor riesgo de síntomas respiratorios y del sistema nervioso central. También pueden encontrarse hipoglucemias y problemas de adaptación neonatal. Si bien todos estos resultados no son siempre debidos a la toxicidad o retirada de los ISRS. Para disminuir el riesgo potencial de efectos adversos neonatales se debe usar la dosis eficaz más baja de ISRS, la duración de tratamiento más corta posible y como monoterapia, siempre que sea factible. Durante el embarazo, en la elección del tratamiento se debe considerar, por tanto, si las ventajas potenciales debidas a los ISRS prescritos para la madre superan los posibles riesgos para el feto[131-136].

RS de ECA 1++
Series de casos 3

RS de distintos tipos de estudios/ Estudios de cohortes 2++
Metaanálisis 1+

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

* Opipramol: antidepresivo no comercializado en España.

Las guías del NICE, Canadian Psychiatric Association y MOH[70,80-82], consideran la utilización de antidepresivos como uno de los tratamientos de elección para el TAG. La guía canadiense sitúa en la primera línea del tratamiento farmacológico a la paroxetina, escitalopram, sertralina y venlafaxina de liberación prolongada por sus mejoras significativas en la calidad de vida y en los síntomas relacionados con la discapacidad funcional[70,137]. La paroxetina, el escitalopram y la venlafaxina han demostrado eficacia a largo plazo, con tasas de respuesta que siguen aumentando más allá de los 6 meses de tratamiento. Para los pacientes que interrumpen el tratamiento existe un riesgo de recaída del 20% al 40% entre 6 y 12 meses después de la interrupción del mismo. Se sugiere, pues, que el tratamiento a largo plazo será a menudo necesario[70,138-140].

GPC (RS y ECA) 1++

ECA 1++

ECA 1+

Aviso sobre la venlafaxina: la guía de NICE hace la observación de que ésta tiene una mayor probabilidad de interrupción del tratamiento por los efectos secundarios y un mayor coste que los ISRS, comparado con la misma efectividad. Incorpora, además, un aviso basado en evidencia, proporcionada por la MHRA (Medicines and Healthcare products Regulatory Agency). Esta agencia avisa sobre los efectos cardiotóxicos e hipertensivos de este fármaco, especialmente asociados con dosis superiores a las terapéuticas (se recomienda no superar la dosis de 75mg/día). NICE recomienda que, cuando la venlafaxina se prescriba a pacientes hipertensos, la hipertensión esté controlada, y que no sea prescrita a pacientes con alto riesgo de arritmias cardiacas o con infarto de miocardio reciente[81,141].

GPC (Serie de casos) 3

GPC (Opinión de expertos) 4

Cuando la respuesta a las dosis óptimas de uno de los ISRS es inadecuada o no son bien tolerados debe cambiarse a otro ISRS. Si no hay ninguna mejoría después de 8-12 semanas, se considerará la utilización de otro fármaco con diferente mecanismo de acción (ISRN, ADT)[70,80].

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Evidencias sobre antidepresivos para el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)

1++, 1+	Los antidepresivos imipramina, venlafaxina, paroxetina, sertralina, escitalopram, duloxetina y opipramol han demostrado ser eficaces en el TAG[87,123-125].
1++	Los antidepresivos imipramina, venlafaxina y paroxetina, con respecto al placebo, presentan[123,124]: • Mayor probabilidad de respuesta al tratamiento a corto plazo. • Efectos secundarios más frecuentes, aunque no se han encontrado diferencias significativas en cuanto a la tasa de abandonos.
1++	La paroxetina y la imipramina presentan una eficacia y tolerabilidad similar[123].
1++	No se han encontrado diferencias, en términos de abandonos, entre la imipramina, venlafaxina y paroxetina[123,124].
1++, 1+	La sertralina, el escitalopram, la duloxetina y el opipramol son eficaces aumentando las tasas de respuesta y mejorando los síntomas frente a placebo[87,125].
1++	Los efectos adversos de los antidepresivos descritos incluyen sedación, mareos, náuseas, sequedad de boca, estreñimiento, caídas y disfunción sexual, aunque la mayoría (salvo mareo y disfunción sexual) disminuyen a los 6 meses en los pacientes que continúan con la medicación[87].
3	La FDA advierte sobre varias alertas en relación con la utilización de los ISRS y un riesgo aumentado de: autolesiones y suicidios, hiponatremia y de complicaciones cuando se toman durante el embarazo (malformaciones congénitas con paroxetina en las primeras fases del embarazo)[87,130].
1+ 2++	Hay cierta evidencia de interferencia de los ISRS con los sistemas respiratorio y parasimpático en los neonatos cuando se toman en las últimas fases del embarazo, observándose un mayor riesgo de síntomas respiratorios y del sistema nervioso central. También pueden encontrarse hipoglucemias y problemas de adaptación neonatal. Si bien, todos estos resultados no son siempre debidos a la toxicidad o a la retirada de los ISRS[131-136].
1++	La interrupción brusca del tratamiento con ISRS se asocia con efectos adversos como mareo, cefalea, náuseas, vómito, diarrea, trastornos de movimiento, insomnio, irritabilidad, alteraciones visuales, letargo, anorexia y estados de desánimo[87].
1++	A largo plazo, la paroxetina, el escitalopram y la venlafaxina son eficaces, con tasas de respuesta que siguen aumentando más allá de los 6 meses de tratamiento[70,138-140].
1+	La interrupción del tratamiento conlleva un riesgo de recaída del 20% al 40% entre 6 y 12 meses después de la interrupción del mismo[70,138-140].
3	La MHRA (Medicines and Healthcare products Regulatory Agency) alerta sobre los efectos cardiotóxicos e hipertensivos de la venlafaxina, especialmente asociados con dosis superiores a las terapéuticas[81,141].

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Recomendaciones sobre antidepresivos para el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)

A	Se recomienda la utilización de los antidepresivos como uno de los tratamientos farmacológicos de elección para el TAG.
B	Como antidepresivos que utilizar, se recomiendan los ISRS (paroxetina, sertralina o escitalopram), los ISRSN (venlafaxina de liberación prolongada) y los ADT (imipramina).
C	No se recomienda la prescripción de la venlafaxina a pacientes con alto riesgo de arritmias cardiacas o infarto de miocardio reciente, y en pacientes hipertensos sólo se utilizará cuando la hipertensión esté controlada.
√	Cuando la respuesta a las dosis óptimas de uno de los ISRS es inadecuada o no son bien tolerados, debe cambiarse a otro ISRS. Si no hay ninguna mejoría después de 8-12 semanas, se considerará la utilización de otro fármaco con diferente mecanismo de acción (ISRSN, ADT).
B	Durante el embarazo la elección del tratamiento debe considerar si las ventajas potenciales para la madre debidas a los ISRS prescritos superan los posibles riesgos para el feto.
B	Para disminuir el riesgo potencial de efectos adversos neonatales se debe usar la dosis eficaz más baja de ISRS, la duración de tratamiento más corta posible y como monoterapia.
√	En la prescripción de los antidepresivos, los pacientes deben ser informados de los objetivos terapéuticos, la duración del tratamiento, los posibles efectos secundarios y los riesgos de la interrupción brusca del tratamiento.
√	En la prescripción de los antidepresivos considerar: edad, tratamiento previo, tolerancia, posibilidad de embarazo, efectos secundarios, preferencias del paciente y el coste a igual efectividad.

Nota: La Ficha Técnica de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS)[142] para la sertralina no recoge la indicación terapéutica para el TAG. En el caso de la imipramina (Ficha Técnica no disponible) el prospecto tampoco recoge dicha indicación.

Ansiolíticos: benzodiacepinas (BZD)

Las BZD son agentes depresores del sistema nervioso y tienen efectos generales contra la ansiedad, ya que promueven la relajación física y mental, reduciendo la actividad nerviosa en el cerebro (acción gabaérgica).

Las BZD se encuentran dentro del grupo de fármacos que han demostrado su efectividad en el tratamiento de la ansiedad generalizada[70,80-82]. **GPC (RS y ECA) 1++,1+**

El alprazolam, bromazepam, lorazepam y diazepam han demostrado ser eficaces en el tratamiento del TAG, y la guía canadiense los incluye como tratamiento farmacológico de segunda línea. No hay suficiente evidencia que evalúe la eficacia del clonazepam, de vida media larga y bajo potencial para la ansiedad de rebote, pero es probable que obtenga beneficios similares a los de otras BZD[70].

Las BZD producen un alivio rápido inicial de los síntomas de ansiedad, pero la evidencia sugiere que sus efectos no difieren de manera significativa de los obtenidos con placebo después de 4 a 6 semanas de tratamiento. Además, las BZD primariamente reducen más los síntomas somáticos que los psíquicos (preocupación), que son los que definen el TAG[70]. **GPC (RS y ECA) 1+**

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Se han observado efectos secundarios con la utilización de las benzodiacepinas, en relación con un mayor riesgo de dependencia, tolerancia, sedación, accidentes de tráfico y efectos en su retirada (ansiedad de rebote)[87]. Durante el embarazo la evidencia existente no es suficiente para determinar si las ventajas potenciales de las BZD para la madre superan a los posibles riesgos para el feto[142-144]. Para evitar el riesgo potencial de defectos congénitos se debe usar la dosis eficaz más baja de BZD, la duración de tratamiento más corta posible y como monoterapia. Si se necesitan concentraciones más altas, se debería dividir la dosificación diaria en dos o tres dosis, evitando el empleo durante el primer trimestre[143,145]. En etapas avanzadas del embarazo o durante la lactancia, las BZD pueden causar efectos adversos en los neonatos (hipotonía neonatal, síndrome de retirada, sedación e hipotermia)[82,87,146-149].

RS de distintos tipos de estudios 2++

RS de distintos tipos de estudios 2++

Estudio observacional 2+

Metaanálisis 1++

RS de distintos tipos de estudios 2++/Estudios observacionales 2+

GPC (RS y ECA) 1+

Por su eficacia y los efectos adversos descritos, se recomienda su utilización a corto plazo, no más allá de 2 a 4 semanas, sobre todo cuando es crucial el control rápido de los síntomas y mientras se espera la respuesta a las ventajas del tratamiento con antidepresivos o TCC. El uso a largo plazo se debe supervisar de cerca[70,80-82].

Evidencias sobre benzodiacepinas (BZD) para el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)

1++	El alprazolam, bromazepam, lorazepam y diazepam han demostrado ser eficaces en el tratamiento del TAG[70].
1+	No hay suficiente evidencia que evalúe la eficacia del clonazepam, de vida media larga y bajo potencial para la ansiedad de rebote, pero es probable que obtenga beneficios similares a los de otras BZD[70].
1+	Las BZD producen un alivio rápido inicial de los síntomas de ansiedad, pero parece que sus efectos no difieren significativamente de los del placebo después de 4 a 6 semanas de tratamiento[70].
1+	Las BZD primariamente reducen más los síntomas somáticos que los psíquicos (preocupación), que son los que definen el TAG[70].
2++	El uso de BZD se asocia a un mayor riesgo de dependencia, tolerancia, sedación, accidentes de tráfico y efectos de su retirada (ansiedad de rebote)[87].
2++ 2+	Durante el embarazo la evidencia existente no es suficiente para determinar si las ventajas potenciales de las BZD para la madre superan a los posibles riesgos para el feto[142-144].
2++ 2+	Existen efectos adversos en neonatos cuando se prescribe en etapas avanzadas del embarazo o durante la lactancia (hipotonía neonatal, síndrome de retirada, sedación e hipotermia)[82,87,146-149].

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Recomendaciones sobre benzodiacepinas (BZD) para el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)

B	Se recomienda la utilización a corto plazo de las BZD, no más allá de 4 semanas, y cuando sea crucial el control rápido de los síntomas o mientras se espera la respuesta del tratamiento con antidepresivos o TCC.
B	Como BZD que utilizar se recomiendan alprazolam, bromazepam, lorazepam y diazepam.
B	Para evitar el riesgo potencial de defectos congénitos se debe usar la dosis eficaz más baja de BZD, la duración de tratamiento más corta posible y como monoterapia. Si se necesitan concentraciones más altas se debería dividir la dosificación diaria en dos o tres dosis, y evitar el empleo durante el primer trimestre.
√	En la prescripción de las BZD los pacientes deben ser informados de los objetivos terapéuticos, la duración del tratamiento y de los posibles efectos secundarios.
√	En la prescripción de las BZD, considerar: edad, tratamiento previo, tolerabilidad, posibilidad de embarazo, efectos secundarios, preferencias del paciente y el coste a igual efectividad.

Otros fármacos

Otros fármacos considerados en el tratamiento del TAG son:

Azapironas

Las azapironas son un grupo de fármacos ansiolíticos que actúan en el receptor 5-HT1A. Se ha evaluado la eficacia y la aceptabilidad de las azapironas (buspirona) comparadas con placebo u otros tratamientos y éstas parecen ser útiles y superiores al placebo a corto plazo (cuatro a nueve semanas), en el tratamiento del TAG, sobre todo si los pacientes no han tomado benzodiacepinas antes. No es posible concluir si las azapironas son superiores a las benzodiacepinas, los antidepresivos, la psicoterapia, la hidroxicina o el extracto de la planta kava kava. Los efectos secundarios no parecen ser graves y se trata sobre todo de síntomas físicos (náuseas, mareos y somnolencia)[70,145,150].

GPC (RS y ECA) 1+
RS de ECA 1++
Metaanálisis 1++

Al ser el TAG generalmente de naturaleza crónica, es necesario realizar más estudios para poder establecer conclusiones acerca de su eficacia a largo plazo.

Aunque las azapironas tienen aprobada su indicación para el TAG en España, su uso es muy limitado.

Pregabalina

La pregabalina es un anticonvulsivante que, comparado con el placebo, demuestra ser eficaz en los síntomas psíquicos y somáticos del TAG y, además, es bien tolerada por la mayor parte de pacientes. Los efectos adversos se asocian con somnolencia, vértigos y dolor de cabeza. La experiencia clínica con este fármaco es limitada[70,87,151-154].

GPC (RS y ECA) 1+
ECA 1+

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Hidroxicina

La hidroxicina es un medicamento derivado de la piperidina, empleado generalmente como antihistamínico. Adicionalmente posee acción sedante y tranquilizante, útil para el tratamiento de la ansiedad. GPC (RS y ECA) 1+ RS de ECA 1+

Cuando se comparan la hidroxicina y el placebo se encuentra que la primera mejora los síntomas de ansiedad. Cuando la comparación es con otros fármacos, como el bromazepam y la buspirona, no se obtienen diferencias significativas en la efectividad. Los efectos secundarios encontrados son, sobre todo, dolor de cabeza y somnolencia. Con este fármaco, la experiencia clínica también es limitada[70,87].

Antipsicóticos atípicos

Ensayos de pequeño tamaño muestral y abiertos sugieren que los antipsicóticos atípicos olanzapina, risperidona y ciprasidona pueden tener algún beneficio como fármacos adyuvantes en el tratamiento del TAG refractario, si bien hacen falta ensayos controlados con placebo, aleatorizados doble ciego y de mayor potencia para comprobar su eficacia y seguridad[70,155,156]. GPC (ECA) 1- ECA 1-

Otros

Otros antidepresivos como la mirtazapina, el citalopram, la trazodona y el bupropion de liberación lenta, anticonvulsivantes como la tiagabina, el fármaco utilizado en el tratamiento de la Esclerosis Lateral Amiotrófica-ELA (riluzol), y nuevos ansiolíticos como el deramciclane, pueden tener cierta eficacia en el tratamiento del TAG[70,157-159]. GPC (ECA) 1+ ECA 1+/1-

Se necesitan ECA con placebo y con mayor tamaño muestral para confirmar estos resultados.

No recomendados

No se ha encontrado que los beta-bloqueantes como propranolol sean más efectivos que el placebo en el tratamiento del TAG[70,80]. GPC (ECA) 1+

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Evidencias sobre otros fármacos para el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)

Azapironas	
1+ **1 ++**	Las azapironas (buspirona) parecen ser eficaces en el control a corto plazo (4 a 9 semanas) de los síntomas del TAG, sobre todo si los pacientes no han tomado BZD antes[70,145,150].
1+ **1 ++**	No es posible concluir si las azapironas son superiores a las benzodiazepinas, los antidepresivos, la psicoterapia, la hidroxicina o el extracto de la planta kava kava[70,145,150].
1+ **1 ++**	Los efectos secundarios descritos no parecen ser graves, siendo sobre todo síntomas físicos (náuseas, mareos, y somnolencia)[70,145,150].
Pregabalina	
1+	Demuestra ser eficaz en los síntomas psíquicos y somáticos del TAG, y además es bien tolerada por la mayor parte de pacientes[70,87,151-154].
1+	Los efectos adversos incluyen somnolencia, vértigos y dolor de cabeza[70,87,151-154].
Hidroxicina	
1+	Mejora los síntomas de ansiedad comparada con placebo, aunque no se obtienen diferencias en la efectividad cuando se compara con el bromazepam y la buspirona[70,87].
1+	Los efectos secundarios encontrados son dolor de cabeza y somnolencia[70,87].
Antipsicóticos atípicos	
1-	La olanzapina, risperidona y ciprasidona pueden tener algún beneficio como adyuvantes en el TAG refractario, si bien hacen falta ECA con placebo, doble ciego y de mayor potencia para comprobar su eficacia y seguridad[70,155-156].
Otros	
1+, **1-**	Otros antidepresivos como la mirtazapina, el citalopram, la trazodona y el bupropion de liberación lenta; anticonvulsivantes como la tiagabina; el riluzol (fármaco utilizado en el tratamiento de la Esclerosis Lateral Amiotrófica-ELA) y nuevos ansiolíticos como el deramciclane pueden tener cierta eficacia en el tratamiento del TAG[70,157-159].
No recomendados	
1+	No se ha encontrado que los beta-bloqueantes (propranolol) sean más efectivos que el placebo en el tratamiento del TAG[70,80].

Recomendaciones sobre otros fármacos para el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)

Otros fármacos	
B	Se pueden utilizar azapironas (buspirona) a corto plazo, sobre todo en aquellos pacientes con TAG que previamente no hayan tomado BZD, aunque en España su uso es muy limitado.
√	La utilización de otros fármacos como la pregabalina, hidroxicina, antipsicóticos atípicos y otros, bien por su poca experiencia en clínica o por su indicación para TAG refractarios, deberían ser pautados tras la valoración del paciente en Atención Especializada en Salud Mental.
No recomendados	
B	No se recomienda la utilización de los beta-bloqueantes (propranolol) para el tratamiento del TAG.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

6.3.2. Trastorno de angustia con o sin agorafobia (TA)

El objetivo primordial del tratamiento farmacológico del trastorno de angustia es bloquear la aparición de nuevas crisis de angustia. Esto lleva asociado que de forma secundaria se provoquen otras acciones beneficiosas en los pacientes, aliviando la ansiedad anticipatoria, mejorando su autoconfianza y la evitación fóbica, con un efecto positivo sobre la depresión asociada y una mejora en el funcionamiento global[160,161].

Al igual que el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de angustia también se caracteriza por una alta tendencia a la cronificación y además está asociado a frecuentes complicaciones[162]. Es aconsejable, pues, un control específico con tratamientos prolongados que aseguren el mantenimiento clínico.

Antidepresivos

Uno de los primeros metaanálisis con ECA que emplean antidepresivos para el tratamiento del TA pone de manifiesto la eficacia de los ISRS para este trastorno[163]. **Metaanálisis 1+**

En esta misma línea, revisiones posteriores que analizan la efectividad de los antidepresivos, encuentran que la paroxetina, fluoxetina, fluvoxamina, citalopram, sertralina, clorimipramina e imipramina, comparados con placebo, mejoran los síntomas en el TA. Los efectos adversos asociados con estos fármacos son cefalea, temblor, sequedad de boca, somnolencia, náuseas y mareo, entre otros. El porcentaje de abandono por efectos adversos fue del 11%, y fue similar entre los ISRS y los ADT[98,164]. **RS de ECA 1+**

La FDA (Food and Drug Administration) americana advierte sobre varias alertas en relación con la utilización de los ISRS y un riesgo aumentado de autolesiones, suicidios e hiponatremia[129]. Además advierte de complicaciones cuando se toman durante el embarazo: hipertensión pulmonar persistente neonatal y malformaciones congénitas, sobre todo cardiacas, si se usa la paroxetina en las primeras fases del embarazo, aumentando su categoría de riesgo en el embarazo de la C a la D (clasificación de la FDA de los medicamentos según su potencial teratógeno)[130]. Además, cuando se toman los ISRS en las últimas fases del embarazo, hay cierta evidencia de la interferencia de estos fármacos con los sistemas respiratorio y parasimpático en los neonatos, observándose un mayor riesgo de síntomas respiratorios y del sistema nervioso central. También pueden encontrarse efectos de hipoglucemia y problemas de adaptación. Si bien, todos estos resultados no son siempre debidos a la toxicidad o retirada de los ISRS. Para evitar el riesgo potencial de efectos adversos en el neonato, se debe usar la dosis eficaz más baja de ISRS y la duración de tratamiento más corta posible, y a ser posible como monoterapia[131-136]. **Series de casos 3** **RS de distintos tipos de estudios/ Estudios de cohortes 2++** **Metaanálisis 1+**

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de práctica clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Las guías del NICE, Canadian Psychiatric Association y MOH consideran la utilización de antidepresivos del tipo ISRS como el tratamiento farmacológico de elección para el TA[70,80-82]. GPC (RS y ECA) 1++

La guía canadiense sitúa en la primera línea del tratamiento farmacológico al citalopram, escitalopram, fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina, sertralina y venlafaxina de liberación prolongada, por sus mejoras significativas en la gravedad del pánico. Los ISRS citados demuestran además una mejoría significativa en la ansiedad anticipatoria y en la evitación agorafóbica, así como en los síntomas relacionados con la discapacidad funcional y la calidad de vida. La paroxetina, el citalopram, la fluoxetina, la sertralina y la venlafaxina han demostrado beneficios mantenidos y mejoras continuadas a lo largo de 6 a 12 meses de tratamiento[70,165,166]. GPC (RS y ECA) 1+ ECA 1+

En cuanto a la utilización de la venlafaxina, hay que tener en cuenta el aviso proporcionado por la MHRA (Medicines and Healthcare products Regulatory Agency) sobre los efectos cardiotóxicos e hipertensivos de este fármaco, especialmente asociados con dosis superiores a las terapéuticas[141]. Serie de casos 3

Existe evidencia limitada sobre el mantenimiento a largo plazo (más allá de seis meses tras finalizar el tratamiento) de los beneficios obtenidos con los tratamientos a corto plazo, cuando no se mantiene la continuación de dicho tratamiento[167] y es difícil establecer la idoneidad de la duración del tratamiento farmacológico para el TA. Aunque la imipramina y la venlafaxina, en comparación con el placebo, han demostrado prevenir las recaídas a largo plazo, la interrupción del tratamiento con antidepresivos conlleva un riesgo de recaídas, por lo que la terapia en muchos de los pacientes debe realizarse durante largo plazo (al menos 12 meses)[70,168]. RS de distintos tipos de estudios 2++ GPC (RS y ECA) 1+ ECA 1+

Es necesario supervisar mejor los tratamientos administrados durante los estudios y su período de seguimiento, para obtener más datos sobre los resultados a largo plazo.

Investigaciones con otros antidepresivos para el tratamiento del TA han demostrado la eficacia de la mirtazapina y del milnacipran (antidepresivo inhibidor de la recaptación de serotonina-5HT y noradrenalina-NA) en ensayos abiertos[70, 169]. GPC (ECA) 1+ ECA 1-

Otros estudios con IMAO y RIMAS, demuestran que algunos de ellos como la fenelzina parecen ser efectivos en el tratamiento del TA. Los ensayos sobre la eficacia de los RIMA (moclobemida) no reflejan resultados tan claros. Debido a los efectos secundarios potencialmente serios y a sus interacciones con otros fármacos y componentes de la dieta, su utilización se recomienda sólo cuando otros fármacos han fallado[70,82]. GPC (ECA) 1+

Cuando la respuesta a las dosis óptimas de uno de los ISRS es inadecuada o no son bien tolerados debe cambiarse a otro ISRS. Si no hay ninguna mejoría después de 8-12 semanas, considerar la utilización de otro fármaco con diferente mecanismo de acción (ISRN, ADT, mirtazapina)[70,80]. GPC (Opinión de expertos) 4

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Evidencias sobre antidepresivos para el Trastorno de Angustia (TA)

1+	La paroxetina, fluoxetina, fluvoxamina, citalopram, sertralina, clorimipramina e imipramina, comparados con placebo, mejoran los síntomas del TA[98,164].
1+	Los efectos adversos de los antidepresivos descritos incluyen cefalea, temblor, sequedad de boca, somnolencia, náuseas y mareo, entre otros[98,164].
1+	El porcentaje de abandono del tratamiento por estos efectos adversos fue similar entre los ISRS y los tricíclicos[98,164]
3	La FDA advierte sobre varias alertas en relación con la utilización de los ISRS y un riesgo aumentado de: autolesiones y suicidios, hiponatremia y de complicaciones cuando se toman durante el embarazo (hipertensión pulmonar persistente neonatal y malformaciones congénitas con paroxetina en las primeras fases del embarazo)[129,130].
1+ **2++**	Hay cierta evidencia de interferencia de los ISRS con los sistemas respiratorio y parasimpático en los neonatos cuando se toman en las últimas fases del embarazo, observándose un mayor riesgo de síntomas respiratorios y del sistema nervioso central. También pueden encontrarse hipoglucemias y problemas de adaptación neonatal. Si bien, todos estos resultados no son siempre debidos a la toxicidad o retirada de los ISRS[131-136].
1+	El citalopram, escitalopram, fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina, sertralina y venlafaxina de liberación prolongada mejoran significativamente la gravedad del pánico[70,165,166].
1+	Estos ISRS demuestran además una mejoría significativa en la ansiedad anticipatoria, en la evitación agorafóbica y en los síntomas relacionados con la discapacidad funcional y la calidad de vida[70,165,166].
3	La MHRA (Medicines and Healthcare products Regulatory Agency) alerta sobre los efectos cardiotóxicos e hipertensivos de la venlafaxina, especialmente asociados con dosis superiores a las terapéuticas[141].
1+	La paroxetina, el citalopram, la fluoxetina, la sertralina y la venlafaxina han demostrado beneficios mantenidos a lo largo de 6 a 12 meses de tratamiento[70,165,166].
2++	Existe evidencia limitada sobre el mantenimiento a largo plazo (más allá de 6 meses de la finalización del tratamiento) de los beneficios obtenidos con los tratamientos a corto plazo, cuando no se mantiene la continuación de dicho tratamiento[167].
1+ **1-**	La mirtazapina y el milnacipran (inhibidores de la recaptación de serotonina-5HT y noradrenalina-NA) han demostrado eficacia en ensayos abiertos[70,169].
1+	Algunos IMAO como la fenelzina parecen ser efectivos en el tratamiento del TA. Los ensayos sobre la eficacia de los RIMA (moclobemida) no reflejan resultados claros[70,82].

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Recomendaciones sobre antidepresivos para el Trastorno de Angustia (TA)

A	Se recomienda la utilización de los antidepresivos como uno de los tratamientos farmacológicos de elección para el TA.
B	Como antidepresivos a utilizar, se recomiendan, los ISRS (citalopram, escitalopram, fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina y sertralina), los ISRSN (venlafaxina de liberación prolongada) y los ADT (clorimipramina e imipramina).
C	No se recomienda la prescripción de la venlafaxina a pacientes con alto riesgo de arritmias cardiacas o infarto de miocardio reciente; en pacientes hipertensos sólo se utilizará cuando la hipertensión esté controlada.
√	Cuando la respuesta a las dosis óptimas de uno de los ISRS es inadecuada o no son bien tolerados, debe cambiarse a otro ISRS. Si no hay ninguna mejoría después de 8-12 semanas, considerar la utilización de otro fármaco con diferente mecanismo de acción (ISRN, ADT, mirtazapina).
B	La interrupción del tratamiento con antidepresivos conlleva un riesgo de recaídas, por lo que la terapia en muchos de los pacientes debe realizarse a largo plazo (al menos 12 meses).
B	Durante el embarazo la elección del tratamiento debe considerar si las ventajas potenciales debidas a los ISRS prescritos para la madre superan los posibles riesgos para el feto.
B	Para evitar el riesgo potencial de efectos adversos neonatales, se debe usar la dosis eficaz más baja de ISRS y la duración de tratamiento más corta posible, y a ser posible como monoterapia.
√	En la prescripción de los antidepresivos los pacientes deben ser informados de los objetivos terapéuticos, la duración del tratamiento, los posibles efectos secundarios y los riesgos de la interrupción brusca del tratamiento.
√	En la prescripción de los antidepresivos considerar: edad, tratamiento previo, tolerancia, posibilidad de embarazo, efectos secundarios, preferencias del paciente y el coste a igual efectividad.

Nota[142]:

- La Ficha Técnica de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) para la venlafaxina, la fluoxetina y la fluvoxamina no recoge la indicación terapéutica para el TA.
- La Ficha Técnica del medicamento clorimipramina y el prospecto de la imipramina (Ficha Técnica no disponible) incluye la indicación de crisis de angustia, pero no el trastorno de angustia.

Ansiolíticos - benzodiacepinas (BZD)

Las benzodiacepinas se encuentran dentro del grupo de fármacos que han demostrado su efectividad en el tratamiento del TA[70,80-82].

El alprazolam, clonazepam, lorazepam y diazepam han demostrado ser eficaces en el tratamiento del TA, y la guía canadiense las incluye como tratamiento farmacológico de segunda línea[70,98]. El alprazolam ha demostrado reducir la frecuencia de los ataques de pánico y los síntomas de agorafobia y ansiedad anticipatoria[166]. La formulación de liberación retardada parece tener una buena rapidez de inicio del efecto, con la ventaja de una mayor duración de su acción terapéutica[170]. El uso de clonazepam a corto plazo, al inicio del tratamiento, junto con los ISRS puede llevar a una respuesta más rápida[61]. Sin embargo, las BZD están asociadas a un amplio espectro de efectos adversos, tanto durante como después del tratamiento (dependencia, síndrome de abstinencia por su cese y recurrencia ante la discontinuidad del tratamiento). En pacientes con TA se ha observado este efecto de retirada brusca con el alprazolam[82,98,171].

GPC (RS y ECA) 1++
RS de ECA 1++
ECA 1+
ECA 1-
GPC (ECA) 1+
GPC (ECA) 1+
RS de ECA 1+
ECA 1+

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Ya que el uso a largo plazo de las BZD está asociado con problemas, se recomienda utilizarlas durante un período limitado (corto plazo) y con la dosis más baja posible para disminuir los síntomas del TA, teniendo que disminuir ésta gradualmente. Se recomienda también su uso a corto plazo, en cualquier momento, para disminuir la agitación o ansiedad aguda o grave. En su utilización a largo plazo, las guías seleccionadas no las recomiendan, pero si se usan añaden que su uso debe estar supervisado[70,80-82].

GPC (RS y ECA) 1+

Durante el embarazo la evidencia existente no es suficiente para determinar si las ventajas potenciales de las BZD para la madre superan a los posibles riesgos para el feto[142-144]. Para evitar el riesgo potencial de defectos congénitos se debe usar la dosis eficaz más baja de BZD, la duración de tratamiento más corta posible y como monoterapia. Si se necesitan concentraciones más altas, se debería dividir la dosificación diaria en dos o tres dosis, evitando el empleo durante el primer trimestre[143]. En etapas avanzadas del embarazo o durante la lactancia, las BZD pueden causar efectos adversos en los neonatos (hipotonía neonatal, síndrome de retirada, sedación e hipotermia)[82,87,146-149].

RS de distintos tipos de estudios 2++/ Estudios observacionales 2+

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Evidencias sobre las benzodiacepinas para el Trastorno de Angustia (TA)

1++	El alprazolam, clonazepam, lorazepam y diazepam han demostrado ser eficaces en el tratamiento del TA[70,98].
1+ **1-**	El alprazolam ha demostrado reducir los ataques de pánico y los síntomas de agorafobia y ansiedad anticipatoria. Su formulación de liberación retardada tiene la misma rapidez de inicio, con la ventaja de una mayor duración de su acción[166,170].
1+	El uso de clonazepam a corto plazo, al inicio del tratamiento, junto con los ISRS, puede llevar a una respuesta más rápida[70].
1+	Las BZD están asociadas a un amplio espectro de efectos adversos, tanto durante como después del tratamiento (dependencia, síndrome de abstinencia por su cese y recurrencia ante la discontinuidad del tratamiento)[82,98,171].
2++ **2+**	Durante el embarazo, la evidencia existente no es suficiente para determinar si las ventajas potenciales de las BZD para la madre superan a los posibles riesgos para el feto[142-144].
2++ **2+**	Existen efectos adversos en neonatos cuando se prescribe en etapas avanzadas del embarazo o durante la lactancia (hipotonía neonatal, síndrome de retirada, sedación e hipotermia)[82,87,146-149].

Recomendaciones sobre las benzodiacepinas para el Trastorno de Angustia (TA)

B	Si se utilizan las BZD en el TA, se recomienda su utilización a corto plazo o cuando sea crucial por agitación o ansiedad aguda o grave, con la dosis más baja posible, teniendo que ser disminuida ésta gradualmente.
B	Su uso durante un período más largo siempre debe ser supervisado.
B	Como BZD por utilizar se recomiendan alprazolam, clonazepam, lorazepam y diazepam.
B	Para evitar el riesgo potencial de defectos congénitos se debe usar la dosis eficaz más baja de BZD, la duración de tratamiento más corta posible y, a ser posible, como monoterapia. Si se necesitan concentraciones más altas, se debería dividir la dosificación diaria en dos o tres dosis, evitando el empleo durante el primer trimestre.
√	En la prescripción de las BZD, los pacientes deben ser informados de los objetivos terapéuticos, la duración del tratamiento y de los posibles efectos secundarios.
√	En la prescripción de las BZD, considerar: edad, tratamiento previo, tolerancia, posibilidad de embarazo, efectos secundarios, preferencias del paciente y el coste a igual efectividad.

Nota: La Ficha Técnica del medicamento clonazepam de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS)[142] no recoge la indicación terapéutica para el TA.

Otros fármacos

Otros fármacos considerados en el tratamiento del TA son:

Azapironas

No está clara la eficacia de las azapironas (buspirona) en el tratamiento del TA, por lo que no se recomienda su utilización[70,98,102].

GPC (ECA) 1+
RS de ECA 1++
Metaanálisis 1++

Antipsicóticos atípicos

Estudios abiertos sugieren que los antipsicóticos atípicos olanzapina, quetiapina y risperidona, añadidos al tratamiento antidepresivo, pueden tener algún beneficio para el tratamiento del TA refractario[70,155,172].

GPC (ECA) 1-
ECA 1-

Otros[70]

GPC (ECA) 1+/1-

- Pindolol: beta-bloqueante y antagonista del receptor serotoninérgico 1A (5-HT 1A), añadido a la fluoxetina parece mejorar los síntomas en pacientes con TA resistentes al tratamiento.
- Gabapentina: anticonvulsivante con cierta eficacia en pacientes gravemente enfermos.
- Valproato sódico (anticonvulsivante) y bupropion de liberación sostenida (antidepresivo): han demostrado cierta eficacia en ensayos abiertos.

Hasta que no se disponga de más datos, estos fármacos solo deben ser utilizados en pacientes con TA refractario.

No recomendados[70]

GPC (ECA) 1+

Otros agentes como la tradozona (antidepresivo), propanolol (beta-bloqueante) y la carbamazepina (anticonvulsivante) no han demostrado ser eficaces en el tratamiento del TA, por lo que no se recomienda su utilización.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Evidencias sobre otros fármacos para el Trastorno de Angustia (TA)

Azapironas	
1+ **1++**	No está clara la eficacia de las azapironas (buspirona) para el tratamiento del TA[70,98,103].
Antipsicóticos atípicos	
1-	Estudios abiertos sugieren que la olanzapina, quetiapina y risperidona, añadidos al tratamiento antidepresivo, pueden tener algún beneficio para el tratamiento del TA refractario[70,155,172].
Otros: pindolol, gabapentina, valproato sódico, bupropion de liberación sostenida	
1+ **1-**	Parece que pueden mejorar los síntomas en pacientes con TA resistentes al tratamiento[70].
No recomendados	
1+	La tradozona, propanolol y carbamazepina no han demostrado ser eficaces en el tratamiento del TA[70].

Recomendaciones sobre otros fármacos para el Trastorno de Angustia (TA)

Otros fármacos	
B	No se recomienda la utilización de las azapironas (buspirona) para el tratamiento del TA.
√	La utilización de otros fármacos como el pindolol, gabapentina, valproato sódico y bupropion de liberación sostenida, por su indicación para TA refractarios, debería ser pautada tras la valoración del paciente en Atención Especializada en Salud Mental.
No recomendados	
B	No se recomienda la utilización de tradozona, propanolol y carbamazepina.

6.3.3. Crisis de angustia/pánico

Al igual que con las intervenciones psicológicas, es escasa la evidencia sobre el tratamiento farmacológico agudo de los ataques de pánico.

En el tratamiento inmediato de las crisis de pánico las BZD tienen la ventaja, respecto a los AD, del inicio más rápido de su acción. Alprazolam y lorazepam son comúnmente utilizados en las urgencias. No está clara la ventaja de la utilización de la vía sublingual del alprazolam y el lorazepam con respecto a la vía oral.

En el tratamiento farmacológico de mantenimiento se constata la utilización de ISRS y ADT como fármacos de elección. En un estudio de 8 a 10 semanas de duración, que incluyó grupos de pacientes tratados con placebo, imipramina o con fluoxetina, se concluye que en los pacientes tratados bien con imipramina o con fluoxetina se encuentra un efecto estadísticamente significativo en la reducción del número de crisis de pánico espontáneas, comparado con los pacientes tratados con placebo[173]. **ECA 1+**

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Evidencias sobre el tratamiento farmacológico para la Crisis de Angustia

1+	Se constata la utilización de ISRS y ADT como fármacos de elección en el tratamiento farmacológico de mantenimiento para reducir el número de crisis de pánico[173].

Recomendaciones sobre el tratamiento farmacológico para la Crisis de Angustia

√	Para el tratamiento inmediato de las crisis de pánico graves pueden utilizarse las BZD alprazolam y lorazepam.
B	Se recomienda la utilización de antidepresivos del tipo ISRS y ADT para el tratamiento farmacológico de mantenimiento de las crisis de pánico.

6.4. Tratamiento combinado: terapias psicológica y farmacológica

En una revisión sistemática[174] en la que se analizan los datos de nueve ECA con un tamaño muestral de 1.400 individuos, donde los participantes son pacientes diagnosticados con trastornos de ansiedad, se examina la eficacia de la TCC combinada con la medicación (benzodiazepinas, azaspironas, antidepresivos) frente a la eficacia de cada una de estas terapias por separado, midiéndolo a través de diferentes escalas (la escala de evitación fóbica, la de inhibición de la ansiedad-WP2, la de gravedad del trastorno de pánico-PDSS y la de ansiedad de Hamilton-HAM-A). Se concluye que existen pocos estudios metodológicamente adecuados para saber si la terapia combinada es superior a la monoterapia, pero los que directamente comparan la terapia combinada con el tratamiento farmacológico muestran la ventaja para la combinada, con lo que se sugiere que debe considerarse la utilización de un ciclo de TCC, para aquellos pacientes que, recibiendo sólo farmacoterapia, hayan obtenido una respuesta parcial con la medicación. Además, salvo para el TA, el añadir fármacos a la TCC parece que no interfiere negativamente en los efectos que se logran a largo plazo, con la TCC sola. **RS de ECA 1+**

Evidencias sobre el tratamiento combinado (TCC y medicación)

1+	Existen pocos estudios metodológicamente adecuados para saber si el tratamiento combinado con TCC y medicación es superior a cada uno de ellos por separado[174].
1+	Los pocos estudios que directamente comparan la terapia combinada con el tratamiento farmacológico (benzodiacepinas, azaspironas y antidepresivos) muestran la ventaja para la combinada[174].
1+	Salvo para el TA, la adición de medicación a la TCC no interfiere negativamente en los efectos logrados a largo plazo con la TCC sola[174].

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de práctica clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Recomendaciones sobre el tratamiento combinado (TCC y medicación)

A	Por su eficacia, se recomienda el tratamiento combinado con TCC y medicación, aunque se necesitan más estudios de comparación.

6.4.1. Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)

En un ECA[175] realizado en el contexto de Atención Primaria, en el que los psicólogos proporcionan TCC en el propio centro de salud, se combina la utilización de TCC y el diazepam. La TCC consistió en 7 sesiones en un período de nueve semanas. Los pacientes recibieron intervenciones como terapia cognitiva y relajación muscular progresiva, y se llevaban tarea a casa, trabajando la técnica de exposición a las situaciones y pensamientos generadores de ansiedad. La valoración de la eficacia, utilizando la escala de Hamilton, continuó hasta seis meses después del tratamiento. Las conclusiones del estudio fueron que hay una ventaja, en términos de gravedad y cambio global de los síntomas, del tratamiento combinado frente a la utilización del diazepam solo, pero no frente a la utilización de la TCC por sí sola. La TCC bien sola o combinada con fármaco o placebo mostró la menor incidencia de derivaciones al psicólogo y/o psiquiatra a los seis meses de seguimiento. **ECA 1+**

Los autores destacan la necesidad de más ECA que comparen directamente el tratamiento combinado de la TCC y la farmacoterapia. También indican que la investigación debería tener en cuenta las preferencias de los pacientes, los resultados a largo plazo y el engranaje organizativo que refleja la práctica clínica.

En nuestro contexto, las experiencias reflejan, de manera directa[176] o indirecta[93,94], la mejora de la sintomatología al añadir intervenciones cognitivas y de relajación grupales al tratamiento farmacológico. Estas intervenciones son llevadas a cabo en el centro de salud, fundamentalmente por enfermería y/o trabajadores sociales. **ECA 1+** **Estudio pre-post 1-** **Ensayo Controlado no Aleatorizado 1+**

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Evidencias del tratamiento combinado (TCC y medicación) para el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)

Aplicación en el ámbito de Atención Primaria	
1. Ámbito internacional	
1+	Hay evidencia sobre la ventaja, en términos de gravedad y cambio global de los síntomas del TAG, del tratamiento combinado de TCC y diazepam frente a la utilización de diazepam solo, pero no frente a la utilización de la TCC por sí sola[175].
1+	La TCC revisada se realiza por psicólogos en Atención Primaria en 7 sesiones durante nueve semanas, e incluye intervenciones como terapia cognitiva y relajación muscular progresiva. Los pacientes se llevan tarea a casa, trabajando la técnica de exposición a las situaciones y pensamientos generadores de ansiedad[175].
1+	La TCC, bien sola o combinada con diazepam o placebo, mostró la menor incidencia de derivaciones al psicólogo y/o psiquiatra de Atención Especializada a los 6 meses de seguimiento[175].
2. Ámbito nacional	
1+ **1-**	Hay evidencia de la efectividad, en cuanto a disminución de la sintomatología de la ansiedad, de las terapias combinadas en los centros de salud, que incluyan intervenciones grupales cognitivas y de relajación, llevadas a cabo por enfermería y/o trabajadores sociales[93,94,176].

Recomendaciones sobre tratamiento combinado (TCC y medicación) para el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)

Aplicación en el ámbito de Atención Primaria	
B	Se recomienda el tratamiento combinado de TCC y diazepam o la TCC por sí sola frente a la utilización de diazepam solo, por su ventaja en términos de gravedad y cambio global de los síntomas, aunque se deben tener en cuenta las preferencias del paciente.
B	En el tratamiento combinado, como TCC en los centros de salud, se recomiendan 7 sesiones durante 9 semanas, realizadas por profesionales entrenados en terapia cognitiva y relajación muscular progresiva. El paciente debe realizar, además, trabajo en casa.
√	Se recomienda, en los centros de salud, terapia combinada que incluya intervenciones grupales, cognitivas y de relajación, en al menos 8 sesiones (1 por semana), realizadas de forma reglada y dirigidas por profesionales entrenados de los equipos de Atención Primaria.

6.4.2. Trastorno de angustia con o sin agorafobia (TA)

Los primeros ensayos en los que se examina la eficacia de la TCC combinada con la medicación (benzodiazepinas, azaspironas, antidepresivos), frente a la eficacia de cada una de estas terapias por separado, muestran que las diferencias entre estos tratamientos no están muy claras. Además, durante el seguimiento se observó que la terapia combinada interfirió en el mantenimiento de los beneficios obtenidos a largo plazo por la TCC[177-179]. **ECA 1+**

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Posteriormente, en una revisión sistemática de la Cochrane[180] que aborda esta cuestión se recoge que, cada vez más, el tratamiento farmacológico no sólo tiende a presentar altas tasas de recurrencia cuando se interrumpe, sino también cuando se mantiene en una dosificación adecuada, y que la TCC quizás tampoco puede prevenir las recurrencias a largo plazo. Por ello, el tratamiento combinado parece practicarse muy frecuentemente en condiciones reales, posiblemente debido a la insuficiencia de cualquiera de las monoterapias mencionadas con anterioridad. Esta revisión evalúa ECA, que examinan la efectividad y los efectos adversos del tratamiento combinado, con psicoterapia más antidepresivos, en comparación con cualquiera de los dos por separado para el tratamiento del TA con o sin agorafobia. Los resultados que obtienen son que a corto plazo, es decir, en la fase aguda (2-4 meses), el tratamiento combinado es más efectivo que la psicoterapia sola o el tratamiento con antidepresivos solos, mientras que a largo plazo el tratamiento combinado es tan efectivo como la psicoterapia sola, y es más efectivo que el tratamiento con antidepresivos solos. Las pruebas más sólidas en cuanto a psicoterapia fueron para la TCC, que utilizó técnicas de exposición y reestructuración cognitiva. El análisis de subgrupos con antidepresivos muestra resultados similares para tricíclicos e ISRS. La revisión concluye que se puede elegir la combinación de la TCC y el tratamiento farmacológico, o la TCC sola como el tratamiento de primera línea para el trastorno de angustia con o sin agorafobia, de acuerdo con las preferencias del paciente. El tratamiento con antidepresivos solos no se debe recomendar como tratamiento de primera línea cuando están disponibles otros recursos más apropiados[180].

RS de ECA 1++

El metaanálisis de Mitte[102] estudia también la eficacia del tratamiento combinado de TCC y antidepresivos del tipo ISRS o tricíclicos, y concluye que éste es ligeramente más efectivo que la TCC sola para todas las categorías de síntomas, excepto para la calidad de vida. En este estudio se pone de manifiesto, además, la necesidad de más investigaciones que comparen, sobre todo, los efectos negativos a largo plazo de la combinación de estos tratamientos con ECA debidamente cegados, que evalúen todos los aspectos que incluye el trastorno de angustia.

Metaanálisis 1++

Los modelos de intervención aplicados en AP en el tratamiento combinado de terapia psicológica y farmacológica también siguen líneas diferentes. Existe un modelo basado en la colaboración de Atención Primaria con Atención Especializada, en el que la parte farmacológica es competencia del médico de familia y la parte de TCC la coordina y/o maneja un psicoterapeuta. Se seleccionaron tres ECA basados en este modelo. Un ECA[181] evalúa la efectividad de la combinación de medicación ansiolítica y TCC frente a la utilización de medicación sola. Se utilizan técnicas de TCC como relajación, exposición, asignaciones comportamentales, información sobre los ataques de pánico, identificación de los errores cognitivos y enfrentamiento a dichos errores. Se demuestra que la combinación con la TCC, frente a la utilización de medicación sola, produce una mejoría en indicadores como sensibilidad a la ansiedad, evitación social y discapacidad, tanto a los 3 meses de tratamiento como a los 12 meses de seguimiento.

ECA 1+

Han transcurrido más de cinco años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Hay otro ECA[182] para pacientes con TA, en el que se combina la utilización de antidepresivos y/o benzodiacepinas con una intervención reducida de TCC que incluye 6 sesiones de terapia cognitiva-conductual en 12 semanas, seguidos de 6 contactos breves telefónicos en los 9 meses siguientes. Los pacientes también recibieron un vídeo de información preparatoria sobre el trastorno de angustia y su tratamiento, y una versión revisada y condensada de un manual de trabajo en casa. El estudio concluye que la intervención combinada produce una mejora sostenida y gradualmente creciente en las escalas de medición utilizadas, comparada con la que se obtiene con el tratamiento farmacológico solo. **ECA 1+**

En la misma línea que los anteriores, otro ECA[183] compara tratamientos combinados, solos y con placebo. Todos muestran mejores resultados que el placebo, pero el grupo con TCC obtuvo una respuesta más robusta y consistente. La TCC, con una duración de tratamiento de 8 sesiones en 12 semanas, incluía técnicas de exposición gradual y de manejo del pánico y un manual de tratamiento para los pacientes, que incluía información sobre la ansiedad y las crisis de pánico y enfatizaba la importancia de que los pacientes se enfrentaran a estas crisis con respuestas y acciones alternativas. **ECA 1+**

Hay tres líneas de búsqueda futura que merecen investigación adicional. Es necesario desarrollar estrategias para tratar a los pacientes que no responden o responden de forma parcial a estas terapias. Se necesita, también, investigación complementaria con un número de pacientes completamente recuperados, sin tratamiento adicional durante el seguimiento, para confirmar que a largo plazo el tratamiento combinado no dificulta ni interfiere la psicoterapia. Por último, hay que destacar que los datos disponibles sobre los efectos de la combinación de antidepresivos con terapias no cognitivo-conductuales, como las terapias psicodinámicas y las interpersonales, son limitados[180]. **RS de ECA 1++**

Los estudios llevados a cabo en nuestros centros de salud, como ya se expresó para el tratamiento del TAG, señalan el beneficio, también para el TA, de intervenciones cognitivas y de relajación grupal, añadidas al tratamiento farmacológico, en cuanto a la mejora de la sintomatología se refiere[93,94,176]. **ECA 1+** **Estudio pre-post 1-** **Ensayo Controlado no Aleatorizado 1+**

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Evidencias sobre el tratamiento combinado (TCC y medicación) para el Trastorno de Angustia (TA)

1++	A corto plazo, el tratamiento combinado de TCC y antidepresivos frente a la TCC o antidepresivos solos es más efectivo en la mejora sintomática del TA[180].
1++	A largo plazo, el tratamiento combinado de TCC y antidepresivos es tan efectivo como la TCC sola y es más efectivo que el tratamiento con antidepresivos solos[180].
1+	Durante el seguimiento, la terapia combinada (añadiendo medicación antidepresiva a la TCC) interfirió en el mantenimiento de los beneficios obtenidos a largo plazo por la TCC sola[177-179].
1++	La TCC revisada utilizó técnicas de exposición y reestructuración cognitiva. Los antidepresivos muestran resultados similares para tricíclicos e ISRS[180].
Aplicación en el ámbito de Atención Primaria **1. Ámbito internacional**	
1+	Hay evidencia de la aplicación del tratamiento combinado de TCC y medicación en AP a través de un modelo integrado, en el que los médicos de familia son apoyados por especialistas y/o psicólogos[181].
1 +	La terapia combinada en AP* de TCC breve y medicación ha mostrado una respuesta más robusta y consistente que el tratamiento farmacológico solo[182,183]. *Nota: La TCC breve incluye un manual escrito de tratamiento y técnicas de exposición y de manejo del pánico por psicólogos, con una media de 6-8 sesiones en 12 semanas. En ocasiones se realizan contactos telefónicos breves. La medicación incluye ansiolíticos y/o antidepresivos.
2. Ámbito nacional	
1+ **1-**	Hay evidencia de la efectividad de terapias combinadas en los centros de salud que incluyen intervenciones grupales cognitivas y de relajación, llevadas a cabo por enfermería y/o trabajadores sociales, en cuanto a disminución de la sintomatología de la ansiedad[93,94,176].

Recomendaciones sobre tratamiento combinado (TCC y medicación) para el Trastorno de Angustia (TA)

Recomendaciones generales:	
A	Se recomienda la combinación de la TCC (técnicas de exposición y reestructuración cognitiva) y antidepresivos (tricíclicos e ISRS), de acuerdo con las preferencias del paciente.
A	El tratamiento con antidepresivos solos no se debe recomendar como el tratamiento de primera línea cuando estén disponibles los recursos apropiados para poder realizar TCC.
B	En el tratamiento a largo plazo, si se añade medicación antidepresiva a la TCC, es necesario comprobar que no se interfieran los efectos beneficiosos de la TCC sola.
Aplicación en el ámbito de Atención Primaria	
B	En los centros de salud, en el tratamiento combinado, se recomienda la aplicación de intervenciones cognitivo-conductuales, en 6-8 sesiones durante 12 semanas por profesionales entrenados, mediante TCC breve que incluya técnicas de exposición y de manejo del pánico.
√	Se recomienda, en los centros de salud, terapia combinada que incluya intervenciones grupales cognitivas y de relajación, en al menos 8 sesiones (1 por semana), realizadas de forma reglada y dirigidas por profesionales entrenados de los equipos de Atención Primaria.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

6.4.3. Crisis de angustia/pánico

El tratamiento de la crisis de pánico es particularmente sintomático, por lo que las recomendaciones en cuanto a combinación de psicoterapia y medicación para prevenir crisis posteriores son las ya expuestas en el tratamiento combinado del TA.

6.5. Otros tratamientos

6.5.1. Tratamientos de autoayuda

Los programas de autoayuda pueden ofrecer algunas ventajas en el cuidado de los trastornos de ansiedad en Atención Primaria[184,185]. Las alternativas más utilizadas en este tipo de tratamiento son las de la *biblioterapia* y las de ayuda a través de *programas on-line*.

RS y metaanálisis de ECA 1+

Biblioterapia

La biblioterapia es definida como el uso guiado de la lectura con una función terapéutica y consiste básicamente, en la adquisición de conocimientos y prácticas terapéuticas mediante la lectura de bibliografía específica seleccionada y recomendada por el terapeuta.

Se utilizan manuales donde se enseñan métodos fáciles de aprender y poner en práctica. Se considera este tipo de autoayuda como un método complementario y facilitador del tratamiento de los trastornos de ansiedad.

De las tres guías seleccionadas, es la de NICE la que recomienda la terapia de autoayuda como uno de los tratamientos de elección, tanto para el TAG como para el TA, aconsejando la utilización de biblioterapia basada en los principios de la TCC[81,82].

GPC (RS y ECA) 1+

Una revisión sistemática evalúa la eficacia del tratamiento del TAG con manuales de autoayuda en Atención Primaria, en la que se compara esta intervención bien con folletos de educación para la salud, o con la lista de espera, o con el cuidado habitual, o con una mezcla de consejo, manual, cierto grado de contacto y TCC[186]. La revisión concluye que los manuales pueden ser eficaces para el tratamiento del TAG, pero que no hay ninguna prueba sobre la viabilidad y rentabilidad de este procedimiento. Las líneas futuras de investigación deberían examinar la viabilidad de usar de forma dirigida un manual de autoayuda y evaluar la rentabilidad de los manuales.

RS de ECA 1+

Otra revisión sistemática que compara las intervenciones de autoayuda que utilizan principios de TCC, con un grupo control (cuidado rutinario o lista de espera) y con la terapia de relajación, concluye que la autoayuda es eficaz en la reducción de los síntomas (frecuencia de ataques de pánico), el cambio de actitudes cognitivas relacionadas con la angustia y el impacto sobre la calidad

RS de ECA 1+

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

de vida de los pacientes con TA[187]. Por el tamaño relativamente pequeño de los estudios y la duración de éstos, se necesitan ECA de más duración, basados en muestras más grandes y más heterogéneas, y con análisis de la eficacia clínica y la rentabilidad de las intervenciones. Hay que determinar también tanto la longitud óptima de la intervención para cada caso como cuánta participación profesional se requiere para que se produzca un cambio positivo en el paciente, cuando se utiliza este tipo de intervenciones[187].

Hay otro estudio de intervención, en una serie de casos, sobre la utilización de la biblioterapia en Atención Primaria para pacientes con ansiedad leve y moderada, que destaca la mejora significativa que se produce después de su uso y su mantenimiento durante los tres meses siguientes[188]. Estudio pre-post 1-

Otro ECA evalúa la eficacia de la autoayuda basada en principios de TCC a través de un manual para los pacientes con ansiedad leve y moderada, y guiada por enfermeras de Atención Primaria[189]. La terapia incluía tres sesiones llevadas a cabo por las enfermeras, dos la primera semana y otra al tercer mes, trabajo en casa con el manual por parte del paciente y un seguimiento intermedio presencial o telefónico. Este método se comparó con el tratamiento habitual proporcionado por los médicos de familia, y se vio que ambos tenían un coste similar y que eran igualmente efectivos para disminuir los síntomas de ansiedad, pero los pacientes estaban más satisfechos con la autoayuda guiada por las enfermeras que con el tratamiento habitual. ECA 1+

Parece importante, por tanto, que existan ciertas indicaciones (guía) en el uso de la biblioterapia, ya que la aplicación de esta autoayuda efectiva no guiada puede implicar niveles bajos de motivación o cumplimiento. El uso de llamadas telefónicas breves y/o comentarios por correo electrónico pueden asegurar que los materiales de biblioterapia se usen de manera adecuada[190]. ECA 1+

En nuestro contexto, las últimas investigaciones realizadas en España concluyen, sin embargo, que aunque los resultados preliminares permiten un razonable optimismo, son necesarias futuras investigaciones que permitan evaluar de forma más precisa la eficacia clínica, el mantenimiento de los logros conseguidos a largo plazo y la selección óptima de material para cada tipo de paciente[191].

Biblioterapia y crisis de pánico/angustia

La biblioterapia ha mostrado también su eficacia en el tratamiento de las crisis de pánico. En un estudio reciente, durante 8 semanas, pacientes con ataques de pánico son asignados a tres tipos de intervención: sólo biblioterapia, biblioterapia más contacto telefónico y sólo contacto telefónico. Tanto los individuos que recibieron biblioterapia como los que recibieron biblioterapia más contacto telefónico obtuvieron reducciones significativas en las percepciones de pánico y el miedo a sufrir una crisis de pánico; los que recibieron biblioterapia con contacto telefónico obtuvieron además reducciones significativas en los síntomas de pánico y anulación[192]. ECA 1-

Han transcurrido más de cinco años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

ECA 1+

Hay un estudio que evalúa la eficacia de un programa de prevención de recaídas, consistente en la administración de un manual de autoayuda y contactos telefónicos mensuales para pacientes que han seguido, previamente, una intervención con biblioterapia y monitorización por contacto telefónico. La duración de la intervención es de 6 meses. Comparado con un grupo control de pacientes en lista de espera, los individuos que reciben el programa de prevención de recaídas obtienen una reducción significativa en las medidas de frecuencia de crisis de pánico, cogniciones de pánico, espera ansiosa, anulación y depresión. Los resultados reflejan también la importancia que para los pacientes tiene el contacto con el médico de familia, aunque sea breve, a la hora de conseguir una mayor motivación en la participación activa en intervenciones de biblioterapia[190].

Programas *on-line*

Los programas de autoayuda *on-line,* basados en los principios de la TCC, pueden llegar a ser una alternativa válida de tratamiento de los trastornos de ansiedad en Atención Primaria. Los destinatarios de este tipo de terapia pueden ser pacientes que, debido a algún tipo de aislamiento geográfico o personal (como agorafobia), tienen limitado el acceso a una consulta psicológica presencial[61], personas que se han trasladado o viajan frecuentemente, o aquellos que están familiarizados con el uso de Internet y desean mantener el anonimato.

RS de distintos tipos de estudios 1+/2++
ECA 1+

Algunos informes y ensayos destacan esta opción como un abordaje efectivo y coste-efectivo, si bien se debe tener en cuenta que la evidencia es escasa, por lo que se necesitan ECA con programas de fácil manejo y comparaciones con otros tipos de autoayuda como la biblioterapia, con placebo, o con la TCC, individual o grupal, tanto a corto como a largo plazo[33,193-197]. En cualquier caso, parece que estos programas pueden ser una alternativa válida y aceptable en el contexto de Atención Primaria, ayudando a responder a la elevada demanda de tratamientos psicológicos en estos pacientes.

Evidencias sobre la autoayuda para el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), Trastorno de Angustia (TA) y Crisis de Pánico

1+	Hay evidencia de la aplicación y efectividad de la biblioterapia, como terapia de autoayuda, basada en los principios de la TCC, en el tratamiento del TAG y TA en Atención Primaria[70,81,82].
1+	Un programa de autoayuda con biblioterapia basada en principios de TCC dirigida por enfermeras en Atención Primaria, con 3 sesiones presenciales, trabajo en casa con un manual y seguimiento intermedio presencial o telefónico, ha demostrado ser eficaz en el tratamiento de pacientes con ansiedad leve y moderada[189].
1+ **1-**	La biblioterapia ha mostrado ser eficaz en el tratamiento de los pacientes con crisis de pánico, reduciendo las percepciones de pánico, el miedo a sufrir crisis, los síntomas de pánico y anulación[187,192].
1+	La utilización de la biblioterapia en el contexto de los programas de prevención de recaídas (manual de autoayuda y contactos telefónicos mensuales durante 6 meses) reduce la frecuencia de crisis de pánico, cogniciones de pánico, espera ansiosa, anulación y depresión[190].
1+	El contacto con el médico de familia, aunque sea breve, consigue una mayor participación activa en las intervenciones de biblioterapia[190].
1+ **2++**	Los programas de autoayuda *on-line* basados en TCC parecen ser coste-efectivos, pero se necesitan más ECA que los comparen con otros tipos de autoayuda como la biblioterapia, con placebo, o con la TCC, individual o grupal, tanto a corto como a largo plazo[33,193-197].

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Recomendaciones sobre la biblioterapia para el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), Trastorno de Angustia (TA) y Crisis de Pánico

B	Se recomienda la aplicación de biblioterapia basada en principios de TCC en los centros de salud, por profesionales entrenados, mediante manuales de autoayuda y con contactos telefónicos o presenciales breves.

6.5.2. Hierbas medicinales

En los últimos años han proliferado los estudios sobre la utilidad de remedios herbales para tratar la ansiedad leve y moderada. Las hierbas medicinales son populares, se usan a nivel mundial y podrían considerarse una opción de tratamiento para la ansiedad si se demuestra que son efectivas y seguras. El médico de familia tiene que saber reconocer tanto los beneficios como los riesgos que estos preparados tienen. De esta forma se evitarían actitudes de rechazo que pueden llevar al paciente a ocultar su utilización, enmascarando posibles efectos adversos[198].

Kava kava *(Piper methisticum)*

El kava es la bebida preparada a partir del rizoma de la planta Kava oceánica, y ha sido utilizada durante siglos con fines ceremoniales y medicinales. **Metaanálisis 1+**

En la década de los sesenta algunos estudios clínicos no controlados indicaron que el kava podía ser beneficioso para el tratamiento de la ansiedad. Una revisión sistemática confirmó estos hallazgos, indicando una reducción significativa de 9,7 puntos en la puntuación total de la escala de ansiedad Hamilton (HAM-A) a favor del kava en comparación con el placebo[199].

Con datos pertenecientes a ECA se actualizó la revisión citada previamente, concluyéndose que el extracto de Kava parece ser una opción efectiva de tratamiento sintomático para la ansiedad en comparación con el placebo. Los efectos adversos que informan los ECA incluidos indican también que este extracto es relativamente inocuo en el tratamiento a corto plazo (1 a 24 semanas), pero la revisión concluye que son necesarias investigaciones adicionales y más rigurosas sobre la efectividad e inocuidad a largo plazo del kava[200]. **RS de ECA 1+**

Las dudas sobre la efectividad del kava continúan dando lugar a diversas investigaciones. Hay un ECA que discrepa de su eficacia y no revela diferencias entre su utilización y la del placebo en trastornos de ansiedad como el TAG[201]. Pero el tamaño muestral y la duración del estudio (cuatro semanas) es muy pequeña. En otros ECA se ha comprobado que el Kava necesita más tiempo de utilización (ocho semanas) para mostrar su eficacia[198]; su uso puede ser tan efectivo como la buspirona o el opipramol para el tratamiento agudo del TAG[202] y mejora significativamente los desórdenes del sueño asociados con los trastornos de ansiedad[203]. **ECA 1+**

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

También continúa siendo objeto de controversia la seguridad de su utilización[204]. Hay ECA que se centran más en los efectos secundarios asociados a toxicidad hepática[205]; la FDA ha editado alertas sobre ello[206], y en España la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) la incluye en la lista de plantas cuya venta al público queda prohibida o restringida por razón de su toxicidad[207]. Investigaciones posteriores hacen hincapié en la calidad de los preparados, y sugieren que la inclusión, sin un proceso estándar, de la corteza de la planta aumenta el nivel de toxicidad hepática[198]. Es importante considerar las posibles interacciones con otros fármacos y con otras hierbas medicinales, y en este sentido los ECA concluyen que se debe controlar la dosis y la calidad de los preparados para que no se produzcan casos de intoxicación. Para los pacientes, con ansiedad leve o moderada, que deseen utilizar remedios naturales y no consuman alcohol, ni utilicen otros fármacos que pueden ser metabolizados por el hígado, el uso del kava parece ser aceptable a corto plazo[198].

ECA 1+
Serie de casos 3
Normativa legal

Valeriana *(Valeriana officinalis)*

La valeriana es una de las hierbas medicinales más usadas para el insomnio, y también se emplea para el tratamiento de la ansiedad. Se utiliza en forma de hierba seca, de extracto o de tintura.

RS de ECA 1+

Una revisión ha investigado la efectividad y la seguridad de la valeriana para el tratamiento de los trastornos de ansiedad[208]. La revisión incluyó un ECA con pacientes que presentaban TAG. Se trataba de un estudio piloto, de cuatro semanas de duración, con valeriana, diazepam y placebo. La revisión concluye que al contar con un sólo estudio pequeño no existen pruebas suficientes para extraer conclusiones acerca de la eficacia o la seguridad de la valeriana en comparación con el placebo o el diazepam para el TAG. Se necesitan ECA que incluyan muestras más grandes y que comparen la valeriana con el placebo u otras intervenciones utilizadas para tratar los trastornos de ansiedad, como los antidepresivos.

Pasionaria *(Passiflora caerulea)*

La pasionaria (extracto de pasionaria) es un remedio popular usado para la ansiedad. Se ha utilizado durante muchos años en América y no se ha asociado con ningún efecto tóxico agudo ni crónico. Está disponible para uso oral, principalmente, en forma de comprimidos de la hierba seca o mediante infusión. La variación en la preparación, dependiendo de las distintas formulaciones producidas por los fabricantes, hace aún más difícil comparar la eficacia de los distintos preparados.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Una revisión sistemática incluye un ECA con pacientes con TAG, que investiga la efectividad y la seguridad de la pasionaria en el tratamiento de la ansiedad, comparando el oxazolam con la pasionaria durante un período de cuatro semanas[209,210]. La evidencia de este estudio pequeño muestra un modelo similar de respuesta para la pasionaria y las benzodiazepinas en la evaluación en el tratamiento a corto plazo del TAG; pero el número de ensayos controlados aleatorios que examina la efectividad de la pasionaria para este trastorno es demasiado bajo para permitir que se extraigan conclusiones claras. Tampoco existen comparaciones de la pasionaria con los fármacos más comúnmente indicados para el tratamiento de la ansiedad generalizada, los antidepresivos, lo que limita la capacidad para establecer cualquier conclusión útil para la práctica clínica. **RS de ECA 1+**

Ginkgo biloba *(Ginkgo biloba L., Salisburia adiantifolia Smith)*

El extracto de Ginkgo Biloba se extrae de las hojas y las semillas del árbol Ginko Biloba. Desde hace años se ha utilizado por sus acciones terapéuticas. **ECA 1+**

Un ECA ha demostrado su efectividad en pacientes con TAG, reduciendo significativamente la ansiedad según la escala de Hamilton, comparándolo con placebo. Además, es bien tolerado (los efectos adversos fueron de carácter leve-moderado, de tipo alérgico o con un descenso en las cifras de presión sistólica), no se observa riesgo de dependencia y parece que no altera las funciones cognitivas[211].

Se necesitan más estudios y a más largo plazo para confirmar los datos obtenidos.

Calderona amarilla *(Galphimia Glauca)*

La calderona amarilla es una planta utilizada en la medicina tradicional mexicana como "tranquilizante nervioso". Un ECA compara su efectividad, seguridad y tolerabilidad con el lorazepam en pacientes con TAG durante 4 semanas. Se observa que ambos tratamientos fueron ansiolíticos efectivos y seguros, siendo mejor tolerado el extracto de la planta[212]. **ECA 1+**

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Preparado de espino blanco *(Crataegus Oxyacanta),* Amapola de california *(Eschscholtzia californica)* y magnesio

El espino blanco es un pequeño árbol espinoso de abundantes hojas. Su historia terapéutica es bastante reciente y ha sido llamado "la planta del corazón". La amapola de california pertenece a la misma familia que la adormidera y posee propiedades sedantes e hipnóticas.

Un preparado con los extractos de las dos plantas unidas al magnesio en cantidades fijas ha demostrado, en un ECA, ser superior al placebo, reduciendo la ansiedad ligera o moderada en pacientes con TAG. Parece que la diferencia con el placebo se incrementó a lo largo del tratamiento, pero se necesitan estudios a más largo plazo para confirmar esta tendencia. Los efectos secundarios se asociaron con trastornos digestivos y psicológicos de carácter leve-moderado, por lo que los investigadores concluyen que la preparación puede ser efectiva y segura para el tratamiento sintomático, en la práctica clínica, de los estados de ansiedad de carácter leve-moderado[213]. ECA 1+

Evidencias sobre el tratamiento con hierbas medicinales para el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) y el Trastorno de Angustia (TA)

1+, 3	El extracto de kava, en comparación con el placebo, parece ser una opción efectiva de tratamiento sintomático a corto plazo (1 a 24 semanas) de la ansiedad, aunque la FDA y la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios advierten sobre su toxicidad hepática[199,200,205-207].
1 +	No hay estudios suficientes para extraer conclusiones acerca de la eficacia o la seguridad de la valeriana para el tratamiento del TAG[208].
1 +	La pasionaria ha demostrado cierta eficacia en el tratamiento a corto plazo del TAG[209,210].
1+	Otras hierbas (ginkgo biloba, calderona amarilla) y el preparado de espino blanco, amapola de california y magnesio parecen ser efectivos en el tratamiento del TAG a corto plazo[211-213].

Recomendaciones sobre el tratamiento con hierbas medicinales para el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) y el Trastorno de Angustia (TA)

B, D	La toxicidad hepática del kava* hace que se recomiende sólo a corto plazo y para pacientes con ansiedad leve o moderada que deseen utilizar remedios naturales, siempre que no tengan alteraciones hepáticas previas, no consuman alcohol ni utilicen otros fármacos metabolizados por el hígado; es imprescindible un seguimiento médico.
B	No hay estudios suficientes sobre la eficacia de la valeriana, la pasionaria, el ginkgo biloba, la calderona amarilla y el preparado de espino blanco, amapola de california y magnesio para favorecer el uso de los mismos.
√	Se recomienda a los profesionales que pregunten a los pacientes sobre cualquier producto de herbolario que estén tomando o hayan tomado.

*La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS)[142] incluyó en el año 2004 el kava en la lista de plantas cuya venta al público queda prohibida o restringida por razón de su toxicidad hepática.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

7. Información/comunicación al paciente[80,82]

Las preguntas que se van a responder en el presene capítulo son:

- ¿Cuál es la información básica que se debe proporcionar a los pacientes con trastornos de ansiedad?
- ¿Cuál es la información básica que se debe proporcionar a la familia de los pacientes con trastornos de ansiedad?
- ¿Cuál es la mejor manera de comunicar al paciente su trastorno?

GPC (Opinión de expertos) 4

La información al paciente forma parte del manejo integral de los trastornos de ansiedad generalizada, trastorno de angustia y/o crisis de angustia, en el nivel de Atención Primaria.

Si el paciente, y cuando sea apropiado la familia, obtiene información basada en la evidencia, sobre la naturaleza y el origen de sus síntomas, las opciones de tratamiento y las posibilidades de manejo de su trastorno de ansiedad, se facilita la toma de decisiones compartida. Esta implicación de los pacientes en el proceso de toma de decisiones así como un estilo de consulta basado en la empatía y el entendimiento, mejora la satisfacción con la consulta –incrementando la confianza– y los resultados clínicos. La toma de decisiones compartida, comienza en el proceso diagnóstico, y se mantiene en todas las fases del proceso asistencial. Para facilitarla se utiliza un lenguaje común y, si es apropiado, material escrito, igualmente comprensible por el paciente[80,82].

En lo que se refiere a las posibles opciones de tratamiento existentes, se debe tener en cuenta las preferencias del paciente y sus experiencias con otros tratamientos, orientando sobre las preocupaciones más comunes en los pacientes con trastornos de ansiedad, sobre todo las relacionadas con la toma de la medicación, los efectos secundarios y los temores sobre una posible adicción.

El manejo adecuado de estos pacientes en la consulta requiere valorar la posibilidad de contar con el apoyo familiar, tener en cuenta los recursos sociales disponibles y sugerir cuales serían los cambios de estilo de vida más apropiados para estos pacientes.

La información dirigida al paciente/familia se recoge en el Anexo 4.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Evidencias sobre la información/comunicación al paciente con Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), Trastorno de Angustia (TA) y/o Crisis de Angustia

4	La información al paciente forma parte del manejo integral de los trastornos de Ansiedad Generalizada, Trastorno de Angustia y Crisis de angustia en el nivel de Atención Primaria[80,82].
4	Si el paciente, y cuando sea apropiado la familia, obtiene información basada en la evidencia sobre la naturaleza y el origen de sus síntomas, las opciones de tratamiento y las posibilidades de manejo de su trastorno de ansiedad se facilita la toma de decisiones compartida[80,82].
4	La implicación de los pacientes en el proceso de toma de decisiones y un estilo de consulta basado en la empatía y el entendimiento mejora la satisfacción con la consulta –incrementando la confianza– y los resultados clínicos[80,82].
4	La toma de decisiones compartida comienza en el proceso diagnóstico, y se mantiene en todas las fases del proceso asistencial[80,82].

Recomendaciones sobre información/comunicación al paciente con Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), Trastorno de Angustia (TA) y/o Crisis de Angustia

√	La información al paciente debería formar parte del manejo integral de los trastornos de ansiedad en el nivel de Atención Primaria.
D	Se debe proporcionar al paciente, y cuando sea apropiado a la familia, información basada en la evidencia, sobre sus síntomas, las opciones de tratamiento y las posibilidades de manejo de su trastorno, y tener en cuenta sus preferencias, para facilitar la toma de decisiones compartida.
D	Se recomienda mantener un estilo de consulta basado en la empatía y el entendimiento para mejorar la satisfacción de los pacientes.
D	Se debe valorar la posibilidad de apoyo familiar, tener en cuenta los recursos sociales disponibles y sugerir los cambios de estilo de vida más apropiados.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

8. Estrategias diagnósticas y terapéuticas

Las preguntas que se van a responder en el presente capítulo son:

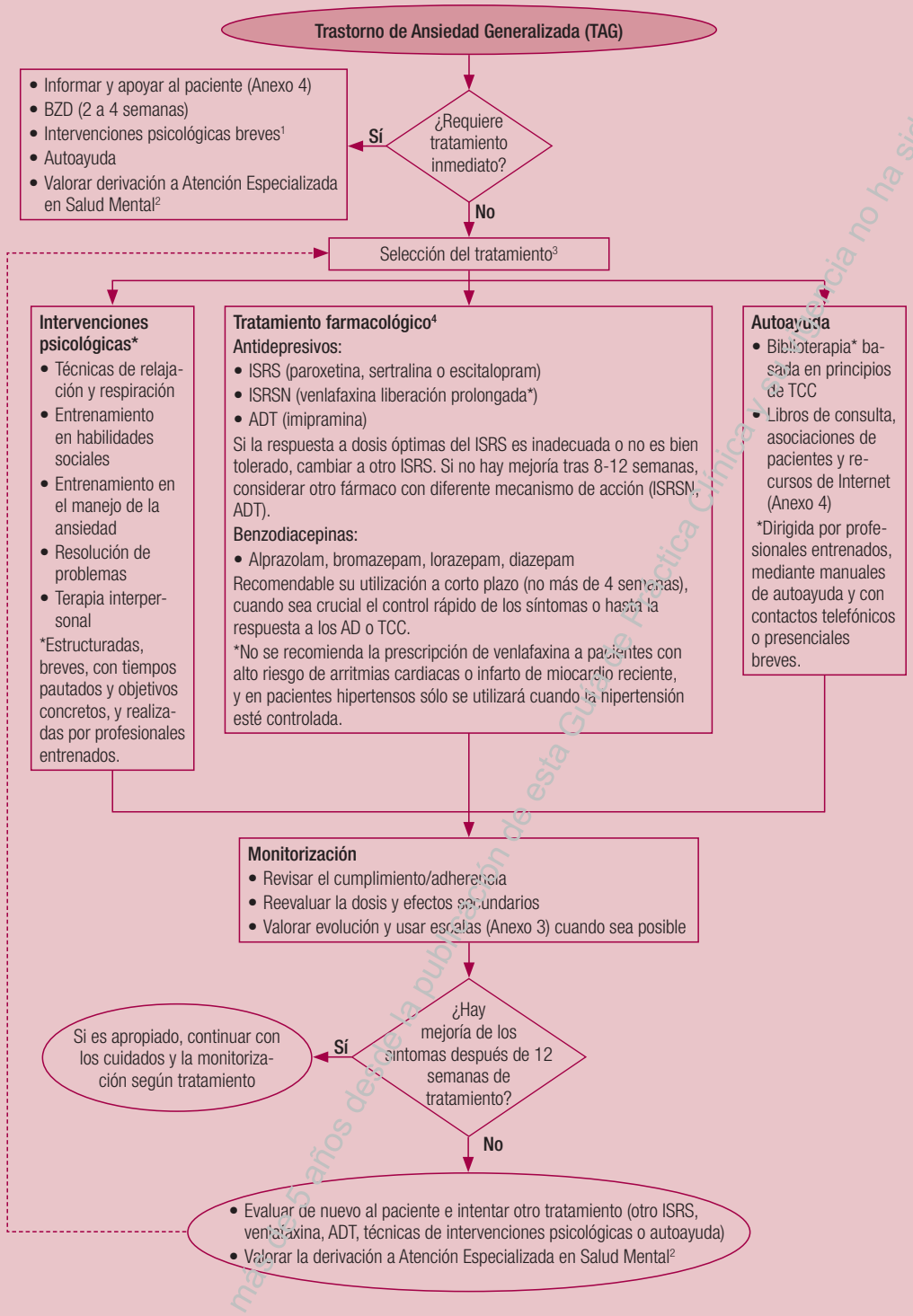
- ¿Cuáles son los pasos que seguir ante un trastorno de ansiedad (TAG, TA y Crisis de Pánico)?
- ¿Cuáles son los criterios de derivación desde Atención Primaria a Salud Mental?

La respuesta a estas preguntas queda reflejada en los siguientes algoritmos de manejo presentados a continuación:

- Manejo del Trastorno de Ansiedad Generalizada
  Algoritmo de manejo para el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)
- Manejo del Trastorno de Angustia
  Algoritmo de manejo para el Trastorno de Angustia (TA)
- Manejo de la Crisis de Pánico
  Algoritmo de manejo para la Crisis de Pánico (véase página siguiente)

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

8.1 Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)



Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

1. Intervenciones psicológicas breves

Realizadas por profesionales formados:

- Relajación y respiración
- Autocontrol
- Entrenamiento en habilidades sociales
- Entrenamiento en el manejo de la ansiedad

2. Criterios de derivación

- Dificultad o duda diagnóstica (síntomas físicos inespecíficos, somatizaciones, etc.)
- Comorbilidad psiquiátrica u orgánica (depresión mayor, dependencia de alcohol y/o abuso de sustancias)
- Ideación suicida (derivación urgente)
- En caso de persistencia de ansiedad elevada durante más de 12 semanas de tratamiento farmacológico y/o psicoterapia de apoyo
- Síntomas muy incapacitantes (adaptación social y/o laboral)

3. Selección del tratamiento

- Valorar la gravedad del cuadro y criterios de derivación a Atención Especializada en Salud Mental[2]
- Comunicar al paciente las opciones y objetivos terapéuticos en función de los recursos disponibles
- Valorar preferencias y creencias/expectativas del paciente sobre el tratamiento

4. Tratamiento farmacológico

Considerar antes de prescribir:

- Edad
- Tratamiento previo
- Riesgo de intento autolítico o sobredosis ocasional
- Tolerancia
- Posibles interacciones con otros medicamentos
- Posibilidad de estar embarazada
- Preferencia del paciente

Informar al paciente sobre:

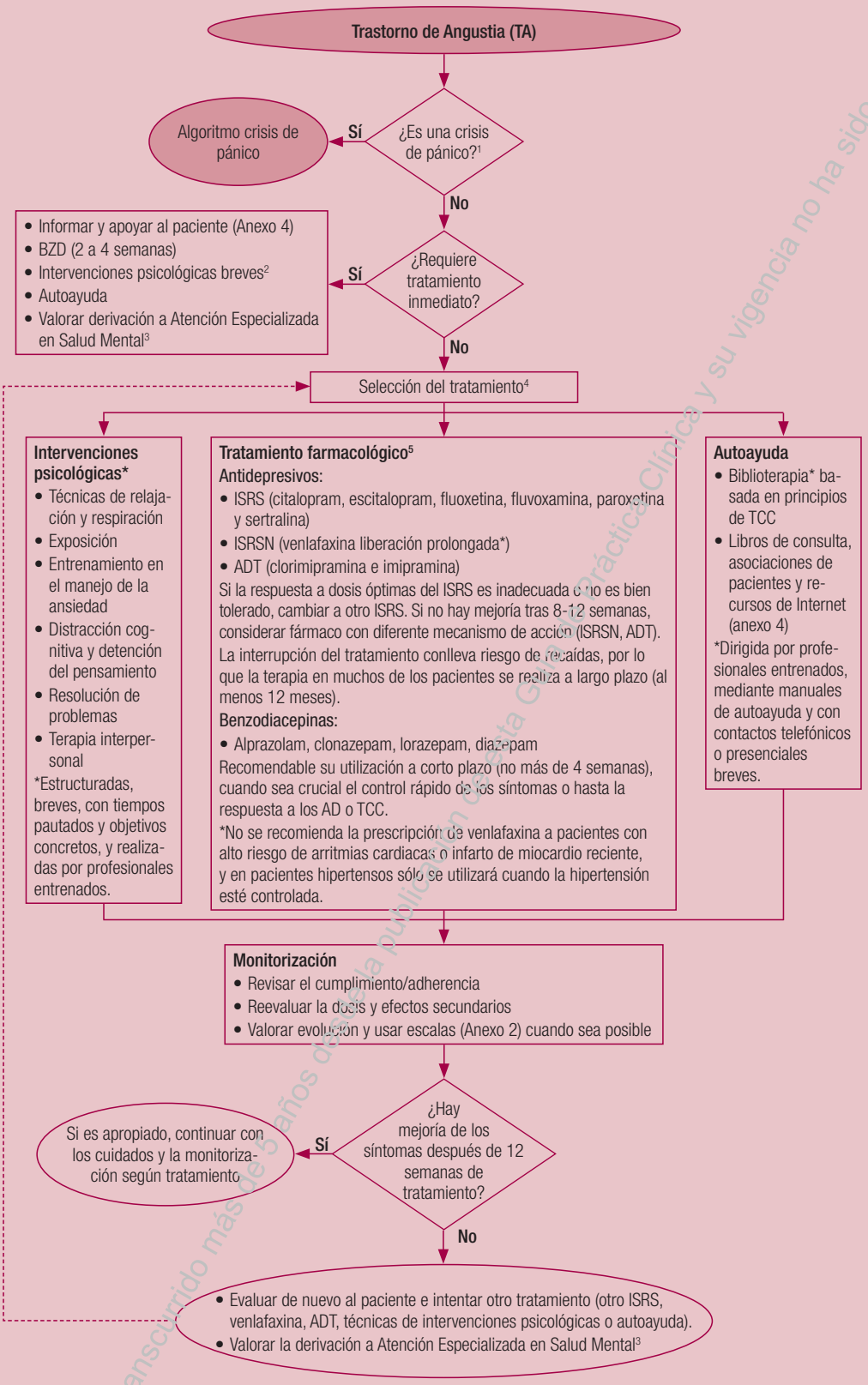
- Posibles efectos secundarios*
- Posibles síntomas de abstinencia tras interrupción
- No inmediatez del efecto
- Duración
- Necesidad de cumplimiento

Poner a disposición del paciente información de forma escrita (Anexo 4).

*Para disminuir los efectos secundarios se puede empezar con una dosis baja e ir aumentándola hasta llegar a la dosis terapéutica satisfactoria.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

8.2. Trastorno de Angustia (TA)



Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

1. Criterios diagnóstico de las crisis de pánico (DSM-IV-TR-AP)

Aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de cuatro (o más) de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos:

1. Opresión o malestar torácico
2. Sensación de ahogo o falta de aliento
3. Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardiaca
4. Sudoración
5. Escalofríos o sofocaciones
6. Sensación de atragantarse
7. Náuseas o molestias abdominales
8. Temblores o sacudidas
9. Parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo)
10. Inestabilidad, mareo o desmayo
11. Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo)
12. Miedo a perder el control o a volverse loco
13. Miedo a morir

2. Intervenciones psicológicas breves

Realizadas por profesionales formados:

- Relajación y respiración
- Autocontrol
- Entrenamiento en habilidades sociales
- Entrenamiento en el manejo de la ansiedad

3. Criterios de derivación

- Dificultad o duda diagnóstica
- Comorbilidad psiquiátrica u orgánica (depresión mayor, dependencia de alcohol y/o abuso de sustancias)
- Ideación suicida (derivación urgente)
- En caso de persistencia de ansiedad elevada durante más de 12 semanas de tratamiento farmacológico y/o psicoterapia de apoyo
- Síntomas muy incapacitantes (adaptación social y/o laboral)

4. Selección del tratamiento

- Valorar la gravedad del cuadro y criterios de derivación a Atención Especializada en Salud Mental[3]
- Comunicar al paciente las opciones y objetivos terapéuticos en función de los recursos disponibles
- Valorar preferencias y creencias/expectativas del paciente sobre el tratamiento

5. Tratamiento farmacológico

Considerar antes de prescribir:

- Edad
- Tratamiento previo
- Riesgo de intento autolítico o sobredosis ocasional
- Tolerancia
- Posibles interacciones con otros medicamentos
- Posibilidad de estar embarazada
- Preferencia del paciente

Informar al paciente sobre:

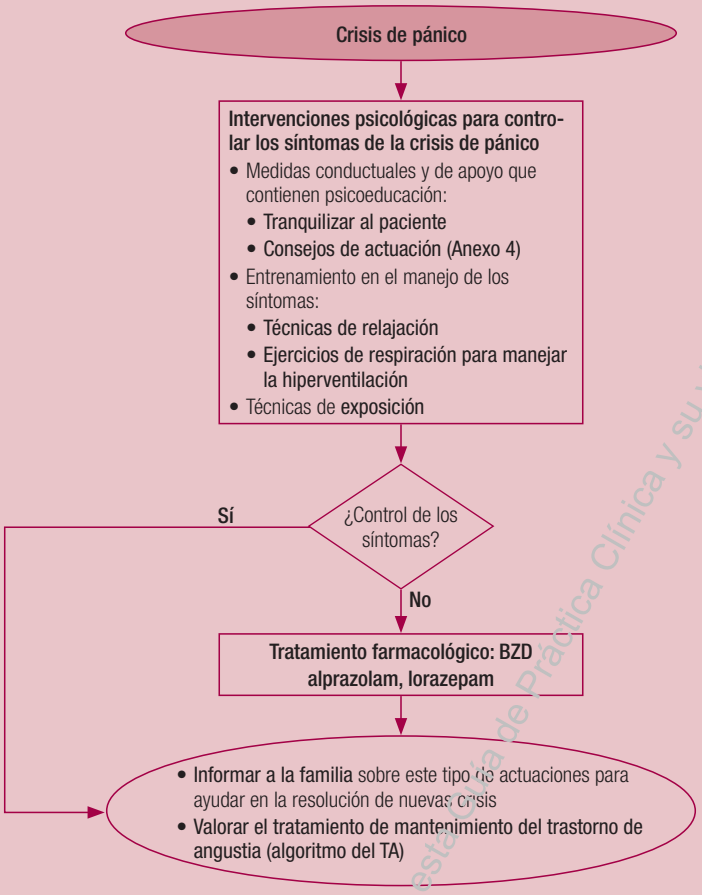
- Posibles efectos secundarios*
- Posibles síntomas de abstinencia tras interrupción
- No inmediatez del efecto
- Duración
- Necesidad de cumplimiento

Poner a disposición del paciente información de forma escrita (Anexo 4).

*Para disminuir los efectos secundarios se puede empezar con una dosis baja e ir aumentándola hasta llegar a la dosis terapéutica satisfactoria.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

8.3. Crisis de Pánico



1. Criterios diagnóstico de las crisis de pánico (DSM-IV-TR-AP)

Aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de cuatro (o más) de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos:

1. Opresión o malestar torácico
2. Sensación de ahogo o falta de aliento
3. Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardiaca
4. Sudoración
5. Escalofríos o sofocaciones
6. Sensación de atragantarse
7. Náuseas o molestias abdominales
8. Temblores o sacudidas
9. Parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo)
10. Inestabilidad, mareo o desmayo
11. Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo)
12. Miedo a perder el control o volverse loco
13. Miedo a morir

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

9. Difusión e implementación

Las preguntas que se van a responder en el presente capítulo son:

- ¿Cuál es la estrategia de difusión e implementación de la guía?
- ¿Cuáles son los indicadores para la monitorización de las recomendaciones clave?

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

9.1. Estrategia de difusión e implementación

Las guías de práctica clínica son útiles para mejorar la calidad de la asistencia y los resultados en los pacientes. El gran reto en la actualidad es conseguir la adherencia de los profesionales. Para ello es fundamental una estrategia de implementación dirigida a vencer las barreras existentes en el medio en el que se va a aplicar.

El plan para implantar la guía sobre el manejo de pacientes con trastornos de ansiedad en Atención Primaria incluye las siguientes intervenciones:

- Presentación de la guía por parte de las autoridades sanitarias a los medios de comunicación.
- Presentación de la guía a las direcciones y subdirecciones de Atención Primaria y Atención Especializada de los diferentes Servicios Regionales de Salud.
- Presentación institucional de la guía en colaboración con la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad y Consumo a las distintas sociedades científicas y profesionales implicados.
- En todas las presentaciones se destacará el material informativo realizado para el paciente con el objeto de favorecer su distribución entre todos los profesionales sanitarios y así a su vez entre los pacientes con este problema de salud.
- Distribución dirigida y efectiva a los colectivos profesionales implicados (médicos, enfermeras y trabajadores sociales de Atención Primaria, psiquiatras, psicólogos y enfermeras de Atención Especializada en Salud Mental) para facilitar la diseminación.
- Presentación interactiva de la guía en los centros de salud por parte de líderes locales de opinión.
- Difusión de la guía en formato electrónico en las páginas web del Ministerio de Sanidad y Consumo, de GUIASALUD, de la UETS y de las sociedades implicadas en el proyecto.
- Publicación de la guía en revistas médicas.
- Establecimiento de criterios de buena atención al paciente ansioso en los contratos programa y contratos de gestión clínica, según lo establecido en la guía.

- Evaluación de la efectividad de la implantación, estableciendo sistemas de apoyo a la decisión clínica, integrando la guía y los indicadores seleccionados en el programa informático utilizado en Atención Primaria.

9.2. Propuesta de indicadores

Los autores de esta GPC han diseñado una serie de indicadores, que deben poder medirse a través del sistema de información en Atención Primaria, con la finalidad de evaluar tanto la atención sanitaria al paciente con ansiedad como el posible impacto de la implementación de la guía. No ha sido el propósito de los autores el diseñar una evaluación exhaustiva y detallada que implique la utilización de todos los indicadores propuestos. Se pretende proporcionar una herramienta a los clínicos y gestores interesados, que pueda ser útil en el diseño específico de la evaluación de la atención al paciente con trastornos de ansiedad en Atención Primaria.

Se proponen dos tipos de indicadores:

- **Indicadores de seguimiento:** Con esta batería de indicadores se trata de realizar un seguimiento de la distribución de los pacientes según el uso de los tratamientos y herramientas de evaluación propuestas en la guía.
- **Indicadores de cumplimiento:** Se basan en las recomendaciones propuestas en esta guía y por tanto en la evidencia científica disponible y en el consenso de los profesionales. Aunque los estándares de cumplimiento propuestos deberían ser del 100%, se ha tenido en cuenta la realidad del contexto de AP a la hora de establecer dichos estándares.

Criterio de evaluación	Indicadores de seguimiento
1. Diagnóstico de la ansiedad	Porcentaje de pacientes, con Trastorno de Ansiedad Generalizada, Trastorno de Angustia y/o Crisis de Pánico, del global de pacientes atendidos en Atención Primaria
2. Opciones de tratamiento	De los pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada, Trastorno de Angustia y/o Crisis de Pánico, cuantos reciben tratamiento psicológico o farmacológico o combinado (psicológico y farmacológico) u otros
3. Uso de escalas	Porcentaje de pacientes, con Trastorno de Ansiedad Generalizada, Trastorno de Angustia y/o Crisis de Pánico, que están siendo evaluados con las escalas propuestas en la guía
4. Derivación a Atención Especializada en Salud Mental	Porcentaje de pacientes, con Trastorno de Ansiedad Generalizada, Trastorno de Angustia y/o Crisis de Pánico, derivados a Atención Especializada, del total de pacientes con estos trastornos atendidos en Atención Primaria

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de práctica clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Criterio de buena atención	Indicadores de cumplimiento	Estándar
1. Diagnóstico de la ansiedad	1. Porcentaje de pacientes con diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada siguiendo los criterios clínicos establecidos en la guía 2. Porcentaje de pacientes con diagnóstico de Trastorno de Angustia con/sin Agorafobia siguiendo los criterios clínicos establecidos en la guía 3. Porcentaje de pacientes con diagnóstico de Crisis de angustia/pánico siguiendo los criterios clínicos establecidos en la guía	90%
2. Información al paciente	1. Porcentaje de pacientes con trastornos de ansiedad a los que se les ofrece la información sobre su trastorno: opciones de tratamiento, evolución y manejo de la ansiedad, reflejada en la guía	100%
3. Opciones de tratamiento	1. Porcentaje de pacientes, con Trastorno de Ansiedad Generalizada, Trastorno de Angustia y/o Crisis de Pánico, que reciben tratamiento psicológico según los criterios propuestos 2. Porcentaje de pacientes, con Trastorno de Ansiedad Generalizada, Trastorno de Angustia y/o Crisis de Pánico, que reciben tratamiento farmacológico según los criterios propuestos 3. Porcentaje de pacientes, con Trastorno de Ansiedad Generalizada, Trastorno de Angustia y/o Crisis de Pánico, que reciben otros tratamientos (autoayuda, hierbas medicinales) según los criterios propuestos	80%
4. Derivación a Atención Especializada en Salud Mental	1. Porcentaje de pacientes, con Trastorno de Ansiedad Generalizada, Trastorno de Angustia y Crisis de Pánico derivados a Atención Especializada según los criterios propuestos en la guía	80%

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

10. Recomendaciones de investigación futura

10.1. Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)

10.1.1. Terapias psicológicas

Se deben realizar estudios adicionales para establecer si las terapias psicodinámicas y otras técnicas como la terapia familiar breve y el *counselling* son efectivas para el tratamiento de pacientes con TAG, y además, deben realizarse estudios comparativos de estas terapias con la TCC, para determinar cual sería la más útil para tratar este trastorno.

En el contexto de Atención Primaria en España las futuras investigaciones deben avanzar en el conocimiento del efecto de estas terapias psicológicas, midiendo los efectos a largo plazo, incluyendo grupos control, procedimientos de ciego, todo ello valorando el efecto sobre el consumo de psicofármacos.

10.1.2. Tratamiento farmacológico

Al ser el TAG generalmente de naturaleza crónica, es necesario realizar ECA de mayor duración para poder establecer conclusiones acerca de la eficacia a largo plazo de los fármacos, y utilizar cuestionarios que incluyan indicadores que midan la calidad de vida que llevan los pacientes con la medicación empleada.

Hacen falta más estudios que comparen la eficacia de nuevos antidepresivos, como la duloxetina, con la de otros antidepresivos de los que ya hay suficiente evidencia.

10.1.3. Tratamiento combinado

Son necesarias más investigaciones que comparen directamente el tratamiento combinado de la TCC y la farmacoterapia con ambas terapias por si solas, teniéndose en cuenta los resultados a largo plazo y el engranaje organizativo que refleja la práctica clínica.

Estas investigaciones deben indagar también en las preferencias de los pacientes por cada una de las posibles terapias a utilizar.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

10.2. Trastorno de Angustia con o sin agorafobia (TA)

10.2.1. Terapias psicológicas

Es necesario realizar estudios de mayor duración, sobre las intervenciones psicológicas basadas en TCC para pacientes con TA, para evaluar los efectos a largo plazo del tratamiento y las consecuencias de su interrupción. Además, como variables de resultado, se deben incluir no sólo la frecuencia de ataques de pánico sino también otras variables como la ansiedad anticipatoria e incluir criterios para todos los aspectos de la enfermedad (cognitivo, conductual y estado "arousal" o de activación).

Se debe evaluar mejor la eficacia de la psicoterapia psicodinámica en los pacientes con TA, homogeneizándose el diseño de los estudios y utilizándose siempre que sea posible ensayos controlados aleatorios. Además, se debe evaluar la eficacia de otras terapias como la familiar breve y el *counselling,* para los pacientes con TA.

Se debe investigar sobre el efecto de las intervenciones psicológicas actualmente disponibles en Atención Primaria con ensayos metodológicamente adecuados, controlados y aleatorizados, valorándose además el efecto sobre el consumo de psicofármacos en los pacientes con TA.

10.2.2. Tratamiento farmacológico

Al igual que lo ya comentado para el TAG, es necesario realizar estudios sobre los antidepresivos en pacientes con TA, dónde se estudie el efecto a largo plazo de estos fármacos. Además, hacen falta comparar la eficacia de los antidepresivos no sólo con placebo, sino también entre ellos mismos.

10.2.3. Tratamiento combinado

Se debe evaluar la existencia de posibles efectos negativos a largo plazo de la combinación de la TCC y la farmacoterapia. Se recomienda realizar ECA debidamente cegados con un número de pacientes con TA completamente recuperados, sin tratamiento adicional durante el seguimiento, para confirmar que a largo plazo el tratamiento combinado no dificulta ni interfiere la psicoterapia.

Es necesario desarrollar y evaluar estrategias para tratar a los pacientes con TA refractario o que responden de forma parcial a las terapias.

Se necesitan más estudios para investigar sobre los efectos de la combinación de antidepresivos con terapias no cognitivo-conductuales, como las terapias psicodinámicas.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

10.3. Crisis de angustia/pánico

Se debe evaluar la efectividad de las intervenciones tanto no farmacológicas (relajación, respiración) como farmacológicas (BZD, otros fármacos) en los pacientes con crisis de pánico, utilizando variables como tiempo hasta recuperación de la crisis y prevención de las mismas.

10.4. Otros tratamientos

10.4.1. Tratamientos de autoayuda-biblioterapia

Se deben realizar estudios de mayor duración y basados en muestras más grandes, que sean capaces de controlar el gran número de variables implicadas que pueden estar sesgando los resultados, para evaluar de forma precisa la eficacia clínica, el mantenimiento de los beneficios conseguidos a largo plazo y la selección óptima de material para cada tipo de paciente.

En el contexto de Atención Primaria se debe examinar la viabilidad de usar de forma dirigida los manuales de autoayuda y evaluar la rentabilidad de su uso, determinándose la longitud óptima de la intervención para cada caso, así como cuánta participación profesional se requiere para que se produzca un cambio positivo en los pacientes con trastornos de ansiedad.

10.4.2. Hierbas medicinales

Es necesario contar con estudios adicionales, a ser posible ensayos bien diseñados y con un número suficiente de pacientes, para comparar el efecto de las hierbas medicinales con el de otros tratamientos usados en los trastornos por ansiedad, y poder extraer así conclusiones robustas acerca de la efectividad y la seguridad de esta terapia como una opción de tratamiento.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

11. Anexos

Anexo 1. Niveles de evidencia y grados de recomendación (SIGN)[214]

Niveles de evidencia científica

1++	Metaanálisis de alta calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo.
1+	Metaanálisis bien realizados, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgo.
1-	Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con alto riesgo de sesgo.
2++	Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohortes o de casos y controles. Estudios de cohortes o de casos y controles con riesgo muy bajo de sesgo y con alta probabilidad de establecer una relación causal.
2+	Estudios de cohortes o de casos y controles bien realizados con bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal.
2-	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo y riesgo significativo de que la relación no sea causal.
3	Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos.
4	Opinión de expertos.

Grados de recomendación

A	Al menos un metaanálisis, revisión sistemática o ensayo clínico clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la guía; o un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos.
B	Un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 2++, directamente aplicable a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 1++ o 1+.
C	Un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 2+ directamente aplicables a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2++.
D	Evidencia científica de nivel 3 o 4; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2+.

Los estudios clasificados como 1- y 2- no deben usarse en el proceso de elaboración de recomendaciones por su alta posibilidad de sesgo.

√[1]	Práctica recomendada, basada en la experiencia clínica y el consenso del equipo redactor.

1. En ocasiones el grupo elaborador se percata de que existe algún aspecto práctico importante sobre el que se quiere hacer énfasis y para el cual no existe, probablemente, ninguna evidencia científica que lo soporte. En general estos casos están relacionados con algún aspecto del tratamiento considerado buena práctica clínica y que nadie cuestionaría habitualmente. Estos aspectos son valorados como puntos de buena práctica clínica. Estos mensajes no son una alternativa a las recomendaciones basadas en la evidencia científica, sino que deben considerarse únicamente cuando no existe otra manera de destacar dicho aspecto.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Anexo 2. Instrumentos de medida de la ansiedad

HAD[57]: Hospital, ansiedad y depresión (autoadministrada)

Los médicos conocen la importancia de los factores emocionales en la mayoría de enfermedades. Si el médico sabe cual es el estado emocional del paciente puede prestarle entonces mejor ayuda. Este cuestionario ha sido confeccionado para ayudar a que su médico sepa cómo se siente usted afectiva y emocionalmente. No es preciso que preste atención a los números que aparecen a la izquierda. Lea cada pregunta y subraye la respuesta que usted considere que coincide con su propio estado emocional en la última semana. No es necesario que piense mucho tiempo cada respuesta: en este cuestionario las respuestas espontáneas tienen más valor que las que se piensan mucho.
A.1. Me siento tenso/a o nervioso/a: 3. Casi todo el día 2. Gran parte del día 1. De vez en cuando 0. Nunca
D.1. Sigo disfrutando de las cosas como siempre: 0. Ciertamente, igual que antes 1. No tanto como antes 2. Solamente un poco 3. Ya no disfruto con nada
A.2. Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder: 3. Sí, y muy intenso 2. Sí, pero no muy intenso 1. Sí, pero no me preocupa 0. No siento nada de eso
D.2. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas: 0. Igual que siempre 1. Actualmente, algo menos 2. Actualmente, mucho menos 3. Actualmente, en absoluto
A.3. Tengo la cabeza llena de preocupaciones: 3. Casi todo el día 2. Gran parte del día 1. De vez en cuando 0. Nunca
D.3. Me siento alegre: 3. Nunca 2. Muy pocas veces 1. En algunas ocasiones 0. Gran parte del día

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

HAD[57]: Hospital, ansiedad y depresión (autoadministrada)

A.4.	**Soy capaz de permanecer sentado/a tranquilo/a y relajado/a:** 0. Siempre 1. A menudo 2. Raras veces 3. Nunca
D.4.	**Me siento lento/a y torpe:** 3. Gran parte del día 2. A menudo 1. A veces 0. Nunca
A.5.	**Experimento una desagradable sensación de "nervios y hormigueos" en el estómago:** 0. Nunca 1. Sólo en algunas ocasiones 2. A menudo 3. Muy a menudo
D.5.	**He perdido el interés por mi aspecto personal:** 3. Completamente 2. No me cuido como debería hacerlo 1. Es posible que no me cuide como debiera 0. Me cuido como siempre lo he hecho
A.6.	**Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme:** 3. Realmente mucho 2. Bastante 1. No mucho 0. Nunca
D.6.	**Espero las cosas con ilusión:** 0. Como siempre 1. Algo menos que antes 2. Mucho menos que antes 3. En absoluto
A.7.	**Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor:** 3. Muy a menudo 2. Con cierta frecuencia 1. Raramente 0. Nunca
D.7.	**Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión:** 0. A menudo 1. Algunas veces 2. Pocas veces 3. Casi nunca

Valoración: se considera que entre 0 y 7 no indica caso, entre 8 y 10 sería un caso dudoso y las puntuaciones superiores a 11 son, probablemente, casos en cada una de las subescalas.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Eadg[56]: escala de ansiedad y depresión de Goldberg (heteroadministrada) (Versión adaptada al castellano por A. Lobo y cols.)

Es una escala muy sencilla de usar y de gran eficacia en la detección de trastornos de depresión y/o ansiedad.

Además constituye un instrumento de evaluación de la severidad y evolución de estos trastornos. Puede usarse también como una guía para la entrevista.

Instrucciones para su administración:

- Está dirigida a la población general.
- Se trata de un cuestionario heteroadministrado con dos subescalas:
  - Una para detección de la ansiedad, y la otra para la detección de la depresión.
  - Ambas escalas tienen 9 preguntas.
  - Las 5 últimas preguntas de cada escala sólo se formulan si hay respuestas positivas a las 4 primeras preguntas, que son obligatorias.
- La probabilidad de padecer un trastorno es tanto mayor cuanto mayor es el número de respuestas positivas.
- Los síntomas contenidos en las escalas están referidos a los 15 días previos a la consulta.
- Todos los ítems tienen la misma puntuación.
- Siguen un orden de gravedad creciente.
- Los últimos ítems de cada escala aparecen en los pacientes con trastornos más severos.

Subescala de ansiedad:

- ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?
- ¿Ha estado muy preocupado por algo?
- ¿Se ha sentido muy irritable?
- ¿Ha tenido dificultad para relajarse?

(Si hay 3 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)

- ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?
- ¿Ha tenido dolores de cabeza o de nuca?
- ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos).
- ¿Ha estado preocupado por su salud?
- ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?

Total ansiedad:

Subescala de depresión:

- ¿Se ha sentido con poca energía?
- ¿Ha perdido usted el interés por las cosas?
- ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?
- ¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?

(Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar)

- ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?
- ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito).
- ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?
- ¿Se ha sentido usted enlentecido?
- ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?

Total depresión:

Criterios de valoración:

Subescala de ansiedad: 4 o más respuestas afirmativas.

Subescala de depresión: 2 o más respuestas afirmativas.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Anexo 3. Preguntas clave para la entrevista ante la sospecha de trastornos de ansiedad

Preguntas	Respuestas
Parte 1: Identificando la ansiedad	
"¿Cómo le están yendo las cosas últimamente?"	[En caso afirmativo]
"¿Considera usted que está teniendo algún problema de estrés, preocupaciones o ansiedad excesivos?"	¿Me lo puede contar? ¿Cuándo empezó la dificultad excesiva? ¿Hubo algún cambio o estrés importante en su vida en esa época?
Parte 2: Explorando las respuestas positivas previas con las siguientes preguntas. Modifique las preguntas en función de las respuestas del paciente.	
"¿Qué clase de cosas le preocupan? ¿Se preocupa excesivamente de las cosas del día a día como su familia, su salud, su trabajo o su economía? ¿Le dicen sus amigos o seres queridos que se preocupa demasiado? ¿Tiene dificultades para controlar su preocupación, como problemas para dormir o sensación de estar físicamente enfermo con dolores de cabeza, problemas de estómago o fatiga?"	[En caso afirmativo] ¿Me lo puede contar? **Véase sección de TAG**
"¿Experimenta en alguna ocasión de forma repentina síntomas o sensaciones físicas desagradables tales como palpitaciones o vértigos? ¿Tiene sensaciones de miedo o pánico en esas ocasiones? ¿Le han ocurrido alguna vez estas experiencias de repente, sin una causa o desencadenante claro?"	[En caso afirmativo] ¿Me lo puede contar? **Véase sección de TA**
"¿Evita algunas situaciones porque le pudieran llevar a experimentar esa cadena de síntomas o sensaciones de miedo o pánico?" (Por ejemplo, en aglomeraciones de gente, sitios cerrados, conduciendo, salir de casa solo o en otras situaciones).	[En caso afirmativo] ¿Me lo puede contar? **Véase sección de TA**
Parte 3: Si se identifica un problema de ansiedad, se debe explorar si el problema le causa dificultades en su vida diaria o un alto nivel de estrés	
"¿Este problema [los síntomas descritos por el paciente] le molesta mucho?	
"¿Este problema interfiere con su trabajo, actividades o relaciones?"	

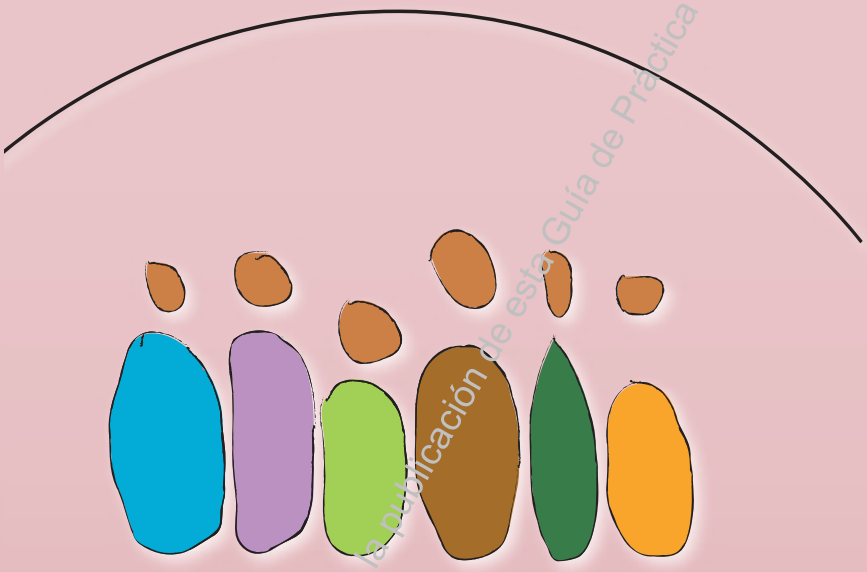
Versión traducida de la propuesta por la Guía Canadiense[61].

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Anexo 4. Información para el paciente

Aprendiendo a conocer y manejar la ansiedad

Ansiedad generalizada y angustia



Esta información ha sido realizada por el Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica (GPC) para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (UETS) de la Agencia Laín Entralgo. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Índice

- ¿Qué es la ansiedad?
- ¿Cuáles son los factores que influyen en la ansiedad?
- ¿Cómo se hace el diagnóstico?
- ¿Qué tipos de trastornos de ansiedad hay?
- ¿Cuáles son las opciones de tratamiento?
- ¿Cuál es la evolución de la ansiedad y la angustia?
- ¿Qué debo tener en cuenta cuando visite mi centro de salud?
- ¿Cómo puedo manejar mi ansiedad para que evolucione favorablemente?
- ¿Cómo pueden ayudarme la familia y los amigos?
- ¿Dónde puedo aprender más sobre la ansiedad?

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

¿Qué es la ansiedad?

La ansiedad es parte normal de la vida y constituye una respuesta habitual a situaciones cotidianas de la persona. Ante una señal o amenaza de peligro, se produce una reacción que nos ayuda a enfrentarnos y responder. Así, cierto grado de ansiedad es incluso deseable para el manejo normal de las exigencias del día a día (preparar un examen, ir a una entrevista de trabajo, tener que hablar en público, etc.).

La ansiedad es una emoción, que se acompaña de reacciones corporales tales como la tensión muscular, la sudoración, el temblor, la respiración agitada, el dolor de cabeza, de pecho o de espalda, las palpitaciones, los "nudos en el estómago", la diarrea y otras muchas más.

Cuando se sobrepasa una intensidad que la hace intolerable o cuando dificulta la capacidad de adaptarse de la persona, la ansiedad puede afectar a la vida cotidiana y puede convertirse en un problema.

Si usted es una de las muchas personas que tienen problemas de ansiedad, anímese, con una atención adecuada se puede superar. Si usted no puede hacer que la ansiedad desaparezca totalmente de su vida, sí puede aprender a controlarla.

"Me encuentro mal, no se qué me pasa, noto mareo, dolor de cabeza, cosquilleo en el estómago, palpitaciones… Además tengo tantas cosas que hacer que no sé por dónde empezar, me bloqueo, no tengo la mente clara… estoy paralizada."

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

¿Cuáles son los factores que influyen en la ansiedad?

Las causas de los trastornos de ansiedad no son totalmente conocidas, pero parece que pueden originarse por la combinación de varios factores.

Intervienen factores genéticos (hereditarios y familiares), neurobiológicos (áreas del cerebro y sustancias orgánicas), psicológicos, sociales y culturales. En el proceso de la aparición de la ansiedad tienen importancia tanto los factores de predisposición individual (personalidad) como los derivados del entorno.

¿Cómo se hace el diagnóstico?

Su médico de familia utilizará diferentes herramientas para poder establecer el diagnóstico de su enfermedad.

- **Historia clínica**: el médico le preguntará sobre algunos aspectos de su historia familiar o de otras enfermedades que pueda tener.
- **Exploración física**: ayuda a su médico a saber si sus síntomas tienen otra causa que no sea el trastorno de ansiedad.
- **Cuestionarios**: puede que en su centro se utilice algún cuestionario específico para ayudarle en su diagnóstico o para ver los cambios que se experimentan con el tiempo.

Para descartar cualquier otra enfermedad, es posible que su médico vea necesario que se realice alguna prueba.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

¿Qué tipos de trastornos de ansiedad hay?

Hay diferentes tipos de trastornos de ansiedad, pero la ansiedad generalizada y la angustia son dos de los más comunes en Atención Primaria.

Estos dos trastornos se caracterizan por los siguientes síntomas:

Trastorno de ansiedad generalizada

Las personas que sufren este trastorno presentan ansiedad y preocupación excesiva por acontecimientos o actividades de la vida cotidiana, que cuando perdura en el tiempo y es constante puede ser muy molesto, por la presencia de todos o algunos de los síntomas físicos siguientes:

- Inquietud o impaciencia
- Fatiga
- Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco
- Irritabilidad
- Tensión muscular
- Alteraciones del sueño
- Temblores, sudoración y olas de calor

"No me reconozco, no soy yo misma. Sin hacer nada estoy agotada, no duermo, estoy nerviosa y muy irritable. Todo me da miedo, desconfío de los demás, creo que piensan mal de mí. Me alejo de mi familia, de mis amigos…me voy aislando cada vez más."

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

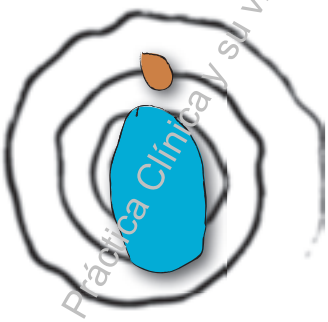
Trastorno de angustia

El trastorno de angustia se caracteriza por la aparición de crisis de angustia* que provocan:

- Inquietud persistente por la posibilidad de tener más crisis.
- Preocupación por las implicaciones de las crisis o sus consecuencias (por ej., perder el control, sufrir un infarto, "volverse loco").
- Cambios en el comportamiento relacionados con las crisis, como las llamadas "conductas de evitación y la agorafobia". Se temen y evitan determinados lugares o situaciones como: ir en tren, metro o autobús, ir a centros comerciales, lugares con mucha gente o de donde no se pueda salir con facilidad.

***Crisis de angustia**

Es el síntoma principal del trastorno de angustia. Se caracteriza por la aparición repentina e incontenible de miedo o malestar intenso que se inicia bruscamente y alcanza su punto máximo en los primeros 10 minutos, pudiendo durar hasta 1 o 2 horas, con síntomas físicos como:



- Opresión, sensación de ahogo
- Palpitaciones, sacudidas del corazón
- Sudoración, escalofríos o sofocaciones
- Náuseas, sensación de atragantarse
- Mareo o desmayo
- Miedo a perder el control o volverse loco, miedo a morir

"No puedo más, me ahogo… el corazón se me sale del pecho, se me va la cabeza, voy a volverme loca. No me toquéis, no me habléis… voy a estallar."

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

¿Cuáles son las opciones de tratamiento?

El tratamiento de su problema de ansiedad tiene varios objetivos:

- Aliviar los síntomas y prevenir recaídas.
- Si tiene crisis de angustia, reducir su frecuencia, duración e intensidad y disminuir las conductas de evitación.

Los tratamientos habituales son la psicoterapia y la medicación, que pueden ser usados o no de forma conjunta, según el tipo de trastorno de ansiedad que tenga.

Psicoterapia

Intervenciones psicológicas individuales o grupales, con diferente grado de complejidad, orientadas al manejo y modificación de los factores emocionales, de pensamiento y de conducta que mantienen la ansiedad y/o sus consecuencias.

Medicación

Para el tratamiento de la ansiedad, los antidepresivos y los ansiolíticos son los medicamentos más utilizados.

Su médico de familia es la persona indicada para decirle qué fármaco es el más conveniente, cuánto tiempo lo necesita y qué posibles efectos secundarios pudiera causarle.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Otros tratamientos

- **Tratamientos de autoayuda:** Lectura y aplicación de los programas de autoayuda específicos para los problemas de ansiedad (textos con ejercicios programados y sucesivos para aprender a manejar y controlar la ansiedad).
- **Hierbas medicinales:** Algunas hierbas como la valeriana, pasionaria, ginkgo biloba y extracto de kava*, parece que pueden disminuir los síntomas de ansiedad, pero hacen falta más investigaciones sobre su seguridad y eficacia.

Informe a su médico sobre cualquier sustancia, medicamento, producto de herbolario o medicina alternativa que esté tomando.

Valore con los profesionales sanitarios que le atienden las posibilidades existentes en su centro de salud, y comente con ellos el tratamiento que seguir. Su opinión es muy importante a la hora de decidir.

En ocasiones puede que su médico vea necesaria la derivación a un especialista.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

* La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) incluyó en el año 2004 el kava en la lista de plantas cuya venta al público queda prohibida o restringida por razón de su toxicidad hepática

¿Cuál es la evolución de la ansiedad y la angustia?

Los problemas de ansiedad cursan con períodos de reducción y desaparición de los síntomas durante un intervalo de tiempo variable.

Al igual que ocurre con cualquier otra enfermedad crónica (diabetes, hipertensión, etc.), con un tratamiento apropiado, se puede convivir con este problema de manera adecuada, restableciéndose la normalidad en su vida. Por ello, no sufra innecesariamente y acuda a su centro de salud lo antes posible, ya que la evolución de su problema será más favorable cuanto antes sea detectado.

Un tratamiento efectivo le ayudará a disminuir los síntomas, a mejorar su autoestima y a volver a disfrutar de su vida de nuevo.

En ocasiones, se tienen altibajos durante el proceso, pero los obstáculos y pasos atrás son parte normal del aprendizaje. No se desanime.

"Estoy saliendo… poco a poco con esfuerzo y ayuda lo estoy consiguiendo. Está siendo un camino doloroso y duro, pero merece la pena. Ahora sé que puedo con ello."

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

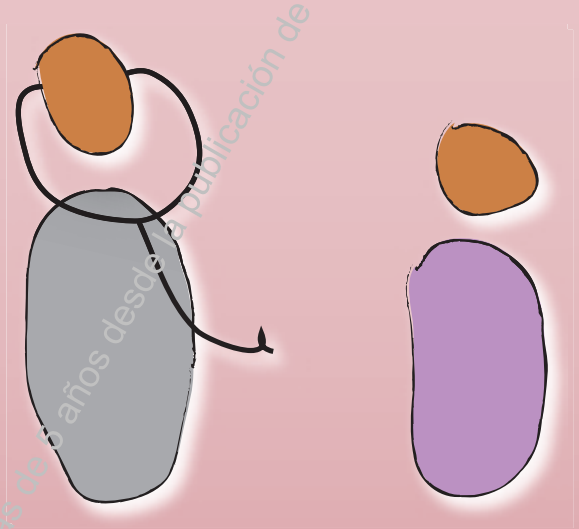
¿Qué debo tener en cuenta cuando visite mi centro de salud?

Es importante que el estigma que rodea a este tipo de trastornos no le impida buscar la ayuda de un profesional. Acuda a su centro de salud; para ello le proponemos algunos consejos útiles en su próxima visita con el médico de familia.

- Puede confiar en los profesionales de su centro de salud. Son personas cercanas a usted, y comprenderán sus temores, dudas y problemas.
- Prepare antes lo que quiere decirle al médico. Cuéntele sus síntomas físicos y emocionales; puede ayudarle en ello que le acompañe un familiar o amigo.
- No tema preguntar por aquellas cuestiones que no le han quedado claras.
- En relación con las distintas opciones de tratamiento, es fundamental que exprese sus preferencias.

Tenga en cuenta que ***usted es lo más importante en este proceso.***

"¿Y a quién le cuento yo lo que me pasa? Me da vergüenza y tengo miedo. Ni siquiera yo me entiendo ¿cómo van a hacerlo los demás?… Qué solo me siento, necesito ayuda, pero no se adónde acudir."



Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

¿Cómo puedo manejar mi ansiedad para que evolucione favorablemente?

Consejos para manejar su ansiedad

- Si está haciendo psicoterapia, es importante practicar en casa aquellos ejercicios aprendidos en ella que van a resultarle muy útiles, como los de relajación y respiración.
- La medicación, a veces, trae consigo efectos secundarios desagradables, que normalmente van desapareciendo o atenuándose después de las primeras semanas; pero tiene que recordar lo importante que es tomarse el tratamiento y no interrumpirlo.
- Planifique de forma racional sus tareas diarias, priorice sus necesidades y si por alguna cuestión no pueden llevarse a cabo todas, piense que después de un día viene otro.
- Intente dejar un hueco todos los días para incluir entre sus tareas aquellas actividades que van a resultarle más agradables y placenteras: leer, escuchar música, hacer algo de ejercicio, pasear, cualquier cosa que sea relajante para usted.
- No deje de practicar aquellas actividades que le proporcionen sensación de "cargar las pilas". Recuperar la energía es necesario.
- No se "acelere". Recuerde que hacer las cosas con más rapidez no le hace más eficaz.
- Aprenda a manejar sus sentimientos. Los pensamientos positivos también tienen un efecto positivo sobre nuestro estado de ánimo.
- Es importante reconocer los pensamientos agobiantes, en aquellas situaciones que le preocupan (el "todo", "nada", "siempre", "nunca", "nadie"), para cambiarlos por otros más racionales ("algo", "algunos", "algunas veces").
- Aproveche sus errores y aprenda de ellos. Equivocarse es humano y no es necesario hacer las tareas a la perfección.
- Siga una dieta equilibrada y procure eliminar o rebajar aquellas sustancias perjudiciales para la ansiedad, como: cafeína, teína y otras bebidas estimulantes.
- Recuerde que el alcohol, la cocaína, el cannabis y las drogas de síntesis pueden producir ansiedad.
- Si sus hábitos de descanso no le resultan satisfactorios, intente modificarlos. Procure dormir lo necesario para descansar.

Por último, recuerde que se puede aprender a manejar la ansiedad y a disminuirla progresivamente.

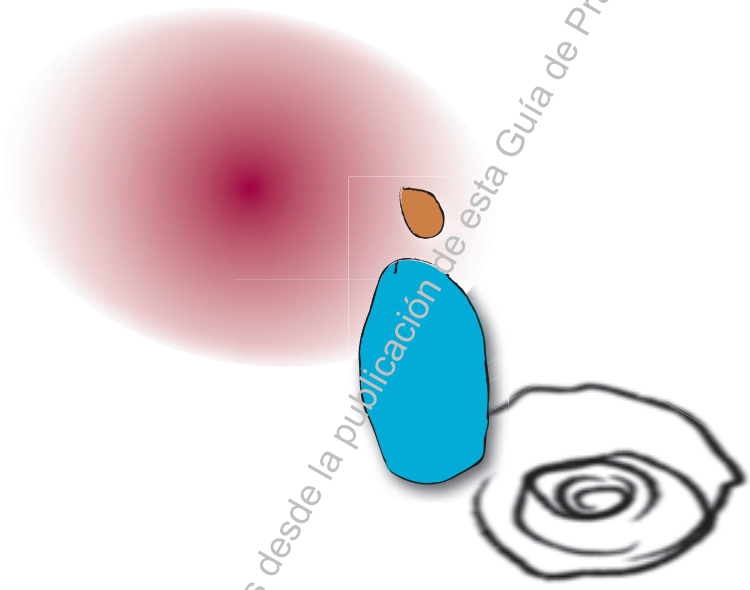
"He aprendido a relajarme, evito los excitantes, hago ejercicio y eso me ayuda a dormir. Planifico las actividades que me cuesta hacer… he recuperado aficiones que tenía olvidadas."

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Consejos para superar sus crisis de ansiedad

- Es importante que recuerde que no está ante un peligro fuerte, ni tan grave como pueda llegar a creer. No sucederá nada peor.
- No permita que el pánico aumente con otros pensamientos atemorizadores. Interrumpa lo que esté pensando y observará que así el miedo comienza a desaparecer por sí mismo.
- Intente calmarse y relajarse poco a poco.
- Practique una respiración lenta y relajada. Imagine que es un globo que se hincha lentamente y luego se deshincha.
- Espere y deje tiempo al miedo para que se pase.
- Piense en el avance que ha hecho hasta ahora, a pesar de todas las dificultades. Piense en lo satisfecho que estará cuando lo consiga.
- Cuando empiece a sentirse mejor y esté dispuesto a continuar, comience de forma tranquila y relajada. No hay necesidad de esfuerzo ni prisas.
- Intente distraerse, ahora que el nerviosismo ha bajado. Hable con alguien, dé un paseo, etc.

¡¡Cuanto más aprenda a manejar el miedo, menos miedo tendrá, y se sentirá más libre!!



Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

¿Cómo pueden ayudarme la familia y los amigos?

Su familia y sus amigos juegan un papel muy importante en todo este proceso. Por eso, hay algunas recomendaciones específicamente para ellos. Es importante:

- No trivializar sobre lo que está ocurriendo y hacer que la persona se sienta comprendida.
- Escucharle sin ser críticos; evitar el "venga, si eso no es nada".
- Acompañarle al centro de salud si es necesario o conveniente.
- Informarse sobre el tipo de tratamiento que está siguiendo. Conocer las distintas opciones de tratamiento también ayuda a aprender más sobre la ansiedad.
- Observar y prestar atención a los cambios en el comportamiento de la persona que tiene el problema.
- Animarle en la realización de actividades que puedan resultarle agradables o placenteras.
- Apoyarle en enfrentarse a sus miedos, siempre de mutuo acuerdo y sin presión.
- Ayudarle a obtener información complementaria y útil sobre la ansiedad.

"Sigo en tratamiento… y gracias a eso y a la ayuda de los míos, de mi familia, estoy mejor."

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su urgencia no ha sido revisada.

¿Dónde puedo aprender más sobre la ansiedad?

Asociaciones de pacientes y familiares

- **FEAFES: Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental**
  Teléfono: 91 507 92 48 (Madrid)
  E-mail: feafes@feafes.com
  Página web: www.feafes.com/
- **FEMASAM: Federación Madrileña de Asociaciones Pro Salud Mental**
  Teléfono: 91 472 98 14 (Madrid)
  E-mail: info@femasam.org
  Página web: www.femasam.org/
- **ACTAD: Asociación Catalana para el Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad y Depresión (antigua AADA y Camins Oberts)**
  Teléfono: 93 430 12 90 (Barcelona)
  E-mail: info@actad.org
  Página web: www.actad.org/
- **Associació Gironina d'Agorafòbics**
  Teléfono: 669 00 78 87 (Girona)
  E-mail: quimvencells@yahoo.es
  Página web: http://www.agorafobia.es.vg/
- **Asociación de Trastornos de Ansiedad - Grupos de Ayuda Mútua**
  Teléfono: 646 71 53 94 y 666 29 29 73 (Barcelona)
  E-mail: atagam@ansietat.org
  Página web: http://www.ansietat.org/
- **ADEA: Asociación de Enfermos de Agorafobia de Albacete**
  Teléfono: 967 61 18 83 y 967 52 31 44 (Albacete)
  E-mail: adealba_2000@terra.com
  Página web: http://www.geocities.com/adealba_2000/index.html
- **AMADAG: Asociación Madrileña de Pánico y Agorafobia**
  Teléfono: 617 83 79 30 (Madrid)
  E-mail: amadag_asociacion@hotmail.com
  Página web: http://www.amadag.com/
- **A.C.E.D.: Asociación contra el estrés y la depresión**
  Teléfono: 91 532 84 14 (Madrid)
  E-mail: aced@estresydepresion.org
  Página web: http://www.estresydepresion.org/index.html

Han transcurrido más de 3 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

- **AGORAMUR: Asociación para afectados por ansiedad, pánico y/o agorafobia de Murcia**
  Teléfono: 654 52 94 48 (Murcia)
  E-mail: agoramur@hotmail.com
- **ASATRA: Asociación Aragonesa de trastornos de la Ansiedad (Zaragoza)**
  Teléfono: 687 47 76 69 (Zaragoza)
  E-mail: asociacion-asatra@hotmail.com
- **CAPAZ: Centro Aragonés de Pánico y Agorafobia - Colectivo de afectados por el pánico y agorafobia de Zaragoza**
  Teléfono: 976 25 98 07 (Zaragoza)
- **AGOS: Asociación de personas afectadas por trastornos de ansiedad y agorafobia de la provincia de Cádiz**
  Teléfono: 956 27 19 37 (Cádiz)
  E-mail: carmenblanca35@hotmail.com
- **Leku irekiak - A.A.D.A.: Asociación para la Ayuda y Divulgación de la Agorafobia de la Comunidad Autónoma Vasca**
  Teléfono: 94 493 78 33
  E-mail: lekuirekiak@terra.es
  Página web: www.terra.es/personal6/lekuirekiak/
- **Horizontes Abiertos**
  Teléfono: 928 24 91 68 (Las Palmas de Gran Canaria)

Recursos de Internet

- www.centrodeapoyoapa.org (Asociación Americana de Psicología)
- www.lasalud.com/pacientes/ansiedad.htm
- www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish
- www.juntospodemos.com/

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Algunos libros para consultar

- Bados López, A. *Tratando pánico y agorafobia.* Madrid: ediciones Pirámide, S.A., 2006.
- Roca, E. *Cómo superar el pánico: con o sin agorafobia*. Programa de autoayuda. Valencia: ACDE, 2005.
- Auger, L. *Ayudarse a sí mismo. Una psicoterapia mediante la razón.* Santander: Ed. Sal Térrea, 1997.
- Fensterheim, H., Baer, J. *Viva sin temores: cómo dominar sus miedos, fobias y ansiedades.* Barcelona: Grijalbo, 1995.
- Agras, S. *Pánico. Cómo superar los miedos, las fobias y la ansiedad.* Barcelona: Labor, 1989.
- Fabregas, J.J., García, E. *Técnicas de autocontrol.* Madrid: Alambra, Biblioteca de Recursos Didácticos, 1988.
- Meichenbaum, D., Jaremko, M. *Prevención y reducción del estrés.* Bilbao: Desclée de Brouwer, 1987.
- Davis, M., McKay, M., Eshelman, E.R. *Técnicas de autocontrol emocional.* Barcelona: Martínez Roca, Biblioteca de Psicología, Psiquiatría y Salud, Serie Práctica, 1985.
- Cautela, J.R., Groden, J. *Técnicas de relajación.* Barcelona: Martínez Roca, Biblioteca de Psicología, Psiquiatría y Salud, Serie Práctica, 1985.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Anexo 5. Glosario y abreviaturas

Glosario

AGREE (Appraisal of Guidelines, Research and Evaluation for Europe): Iniciativa internacional para facilitar el diseño y evaluación de guías de práctica clínica.

AVAD (Años de vida ajustados en función de la discapacidad): Medida de la carga global de enfermedad que refleja el número de años que habría podido vivir una persona, perdidos por su defunción prematura, y los años de vida productiva perdidos por discapacidad.

Biblioterapia: Uso guiado de la lectura con una función terapéutica. Consiste en la adquisición de conocimientos y prácticas terapéuticas mediante la lectura de bibliografía específica seleccionada y recomendada por el terapeuta.

Cochrane Library: Base de datos sobre efectividad producida por la Colaboración Cochrane, compuesta entre otras por las revisiones sistemáticas originales de esta organización.

DSM-IV: Cuarta edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* de la American Psychiatric Association. Se trata de una clasificación de los trastornos mentales en diversos tipos basándose en series de criterios con rasgos definitorios. Está confeccionada para uso clínico, educacional y de investigación. Su propósito es proporcionar descripciones claras de las categorías diagnósticas, para que los clínicos y los investigadores puedan diagnosticar, estudiar e intercambiar información y tratar los distintos trastornos mentales.

ECA (Ensayo clínico aleatorizado): Es un diseño de estudio en el que los sujetos son aleatoriamente asignados a dos grupos: uno (grupo experimental) recibe el tratamiento que se está probando y el otro (grupo de comparación o control) recibe un tratamiento estándar (o a veces un placebo). Los dos grupos son seguidos para observar cualquier diferencia en los resultados. Así se evalúa la eficacia del tratamiento.

Ejes multiaxiales en el DSM-IV: Evaluación en varios ejes, cada uno de los cuales concierne a un área distinta de información que puede ayudar al clínico en la planificación del tratamiento y en la predicción de resultados.

Embase: Base de datos europea (holandesa) producida por Excerpta Médica con contenido de medicina clínica y farmacología.

Ensayo abierto: 1. Ensayo clínico en el que el investigador es conocedor de la intervención que se da a cada participante. 2. Ensayo clínico con un diseño secuencial abierto.

Entrevista en profundidad: Técnica de investigación cualitativa para obtener información mediante una conversación entre un informante con unas características fijadas previamente y un entrevistador.

Ensayo ciego o doble ciego: Ensayos clínicos en los cuales ni los participantes (ciego) ni el personal médico (doble ciego) saben cuál, de entre las terapias posibles, recibe cada individuo.

Estudio de casos-control: Estudio que identifica a personas con una enfermedad (casos), por ejemplo cáncer de pulmón, y los compara con un grupo sin la enfermedad (control). La relación entre uno o varios factores (por ejemplo el tabaco) relacionados con la enfer-

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta guía de práctica clínica y su vigencia no ha sido revisada.

medad se examina comparando la frecuencia de exposición a éste u otros factores entre los casos y los controles.

Estudio de cohortes: Consiste en el seguimiento de una o más cohortes de individuos que presenta diferentes grados de exposición a un factor de riesgo en quienes se mide la aparición de la enfermedad o condición en estudio.

Estudio Transversal-Descriptivo: Es aquél que describe la frecuencia de un evento o de una exposición en un momento determinado (medición única). Permite examinar la relación entre un factor de riesgo (o exposición) y un efecto (o resultado) en una población definida y en un momento determinado (un corte). Llamados también estudios de prevalencia.

Exposición: Es un tipo de terapia conductual que implica la exposición deliberada a situaciones que anteriormente se evitaban o a estímulos temidos. Puede hacerse pidiéndole a la persona que se imagine tales situaciones, especialmente cuando la exposición directa es impracticable o difícil, modalidad que se denomina *in vitro,* interoceptiva o imaginaria. En contraste, la exposición también puede ser *in vivo* o exteroceptiva a través de situaciones o estímulos reales.

Grupo de discusión: Técnica de investigación cualitativa que sirve para identificar actitudes, posicionamientos, valoraciones o percepciones acerca de algo o alguien que tienen un grupo de individuos.

Intervalo de confianza: Es el intervalo dentro del que se encuentra la verdadera magnitud del efecto (nunca conocida exactamente) con un grado prefijado de seguridad o confianza. A menudo se habla de "intervalo de confianza al 95%" (o "límites de confianza al 95%"). Quiere decir que dentro de ese intervalo se encontraría el verdadero valor en el 95% de los casos.

Investigación cualitativa: Es una metodología que comprende una pluralidad de corrientes teóricas, métodos y técnicas, y se caracteriza por estudiar los fenómenos en su contexto natural, intentado encontrar el sentido o la interpretación de los mismos a partir de los significados que las personas les conceden. Para ello se sirve de los materiales empíricos (entrevistas, observaciones, textos, etc.) que mejor puedan describir las situaciones tanto rutinarias como problemáticas, y lo que significan en las vidas de los individuos.

Medline: Base de datos predominantemente clínica producida por la National Library of Medicine de EEUU disponible en CD-Rom e Internet (PubMed).

Metaanálisis: Es una técnica estadística que permite integrar los resultados de diferentes estudios (estudios de test diagnósticos, ensayos clínicos, estudios de cohortes, etc.) en un único estimador, dando más peso a los resultados de los estudios más grandes.

Morbilidad: Enfermedad o frecuencia en que se presenta una enfermedad en una población.

Mortalidad: Tasa de defunciones o el número de defunciones por una enfermedad determinada en un grupo de personas y un período determinado.

NICE: Forma parte del NHS ("National Health Service" de Inglaterra). Su papel es proveer a médicos, pacientes y al público en general de la mejor evidencia disponible, fundamentalmente en forma de guías clínicas.

Observación participante: Es una técnica de investigación cualitativa que establece una comunicación deliberada entre el observador y el fenómeno observado. El investigador

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de práctica clínica y su vigencia no ha sido revisada.

capta las claves de lo observado, interpreta lo que ocurre y obtiene así un conocimiento sistemático y completo de la realidad observada.

Placebo: Una sustancia administrada al grupo control de un ensayo clínico, idealmente idéntica en apariencia y sabor al tratamiento experimental, de la que se cree que no tiene ningún efecto específico para aquella enfermedad. En el contexto de intervenciones no farmacológicas al placebo se denomina habitualmente como tratamiento simulado.

Prevalencia: La proporción de personas con un hallazgo o enfermedad en una población determinada, en un momento dado.

Reentrenamiento de la respiración: Es una intervención que anima a las personas que hiperventilan a disminuir la frecuencia respiratoria empleando el diafragma.

Reestructuración cognitiva: Es una intervención que implica el planteamiento de preguntas para ayudar a las personas a cuestionar los pensamientos estereotipados y repetitivos y las imágenes que aumentan los temores, sustituyendo estos pensamientos irracionales o distorsionados por otros más racionales.

Relajación aplicada: Entrenamiento en técnicas de relajación y autocontrol de los síntomas sin cuestionar las creencias. Se basa en el principio de que cuando la persona aprende una relajación muscular profunda reduce la tensión corporal y la ansiedad que experimenta.

Revisión sistemática (RS): Es una revisión en la que la evidencia sobre un tema ha sido sistemáticamente identificada, evaluada y resumida de acuerdo a unos criterios predeterminados. Puede incluir o no el metaanálisis.

Series de casos: Análisis de series de pacientes con la enfermedad.

SIGN: Agencia escocesa mutidisciplinaria que elabora guías de práctica clínica basadas en la evidencia, así como documentos metodológicos sobre el diseño de las mismas.

Tasa de abandono: El número de personas que abandonaron durante el ensayo y las exclusiones posteriores específicas a la asignación al azar.

Terapia conductual cognitiva (TCC): Es una forma de intervención psicoterapéutica estructurada que utiliza diversas técnicas para intentar cambiar las creencias disfuncionales y los pensamientos automáticos negativos.

Tolerancia: Estado que se presenta cuando el cuerpo se acostumbra a un medicamento, de manera que es necesario una cantidad mayor de este medicamento.

Abreviaturas

AD: Antidepresivos

ADT: Antidepresivos Tricíclicos

AE: Atención Especializada

AEN: Asociación Española de Neuropsiquiatría

AGREE: Appraisal of Guidelines Research and Evaluation

AMADAG: Asociación Madrileña de Pánico y Agorafobia

AP: Atención Primaria

AVAD: Años de Vida Ajustados por Discapacidad

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

BZD: Benzodiacepinas

CAS: Clinical Anxiety Scale

CGI: Clinical Global Impressions Scale

CINAHL: Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature

CINDOC: Centro de Información y Documentación Científica del Consejo Superior de Investigaciones Científicas

DARE: Database Abstracts of Reviews Effects

DRMO: Desensibilización y Reproceso por el Movimiento de los Ojos

EADG: Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg

ECA: Ensayo Clínico Aleatorizado

ELA: Esclerosis Lateral Amiotrófica

EMDR: Eye Movement Desensitization and Reprocessing

FDA: Food and Drug Administration

FEAFES: Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental

FEMASAM: Federación Madrileña de Asociaciones Pro Salud Mental

FPS: Focussed Psycological Strategies o Estrategias Psicológicas Focalizadas

GPC: Guía de Práctica Clínica

HAD: Escala de Ansiedad y Depresión

HARS: Hamilton Anxiety Rating Scale

HTA: Health Technology Assessment

IC: Intervalo de Confianza

INAHTA: International Network of Agencies for Health Technology Assessment (Red Internacional de Agencias de Evaluación de Tecnologías).

ISRS: Inhibidores de la Recaptación de Serotonina

ISRSN: Inhibidores de la Recaptación de Serotonina y Noradrenalina

MHRA: Medicines and Healthcare products Regulatory Agency

MOH: Ministry of Health (Singapore)

NHS: National Health Service

NICE: National Institute for Clinical Excellence

NNT: Número necesario de pacientes a tratar para reducir un evento

PDSS: Panic Disorder Severity Scale

PICO: Paciente/Intervención/Comparación/Outcome o Resultado

PQ: Physician Questionnaire

SEMERGEN: Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria

SEMFYC: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria

SEP: Sociedad Española de Psiquiatría

SIGN: Scottish Intercollegiate Guidelines Network

SM: Salud Mental

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

SoMaMFYC: Sociedad Madrileña de Medicina de Familia y Comunitaria

STAI: State Anxiety Inventory Scale

TA: Trastorno de Angustia

TAG: Trastorno de Ansiedad Generalizada

TCC: Terapia Cognitivo-Conductual

TFB: Terapia Familiar Breve

TIP: Terapia Interpersonal

UESCE: Unión Española de Sociedades Científicas de Enfermería

UETS: Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias

WONCA: World Organisation of National Colleges, Academies and Academia Associations of General Practitioners/Family Physicians (Organización Mundial de las Universidades Nacionales, Academias y Asociaciones Académicas de Médicos Generales y de Familia)

WP2: Anxious Inhibition Widlocher-Pull Scale

Anexo 6. Declaración de interés

Un conflicto de intereses se produce en aquellas circunstancias en que el juicio profesional sobre un interés primario, como la seguridad de los pacientes o la validez de la investigación, puede estar influenciado en exceso por otro interés secundario, sea éste un beneficio financiero, de prestigio y promoción personal o profesional.

En las relaciones de los profesionales con la industria de la salud (farmacéutica, tecnología sanitaria, etc.) se pueden considerar varios tipos de interacciones financieras.

- Apoyo y financiación de una investigación.
- Empleo como consultor para una compañía farmacéutica.
- Accionista o intereses económicos en una compañía farmacéutica.

A su vez estos potenciales conflictos de interés en la elaboración de las GPC se consideran de dos tipos:

- Intereses personales: implican honorarios o beneficios personales a un miembro del equipo.
- Intereses no personales: implica una financiación que beneficia al departamento o unidad bajo responsabilidad directiva de un miembro del equipo, sin que éste lo reciba personalmente. Pueden considerase como tales las ayudas económicas para crear una unidad o departamento, apoyo financiero para la contratación de personal en dichas unidades, financiación de la investigación en la unidad.

El potencial conflicto de interés existe con independencia de que el profesional considere que dichas relaciones tengan o no influencia sobre su criterio científico. A continuación se presenta un formulario sobre la declaración de conflictos de interés diseñado con el fin de recoger los aspectos señalados anteriormente.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Formulario de declaración de interés

Nombre y apellidos: _____

_____

Profesión: _____

Institución en la que trabaja:

Nombre del centro: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____

C.P.: _____

Institución a la que representa (asociación, sociedad científica, etc.; contestar sólo si es diferente a la anterior):

_____

Teléfono de contacto (localizable): _____

Correo electrónico para envío de documentación (@): _____

D./D.ª _____

con DNI _____, tras haber leído la política del Programa de elaboración de Guías de Práctica Clínica (GPC) basadas en la evidencia, para la ayuda a la toma de decisiones clínicas en el Sistema Nacional de Salud (SNS) sobre conflictos de interés declaro SÍ ☐ NO ☐ tener conflictos de interés con relación a actividades en relación con el tema objeto de la GPC durante **los últimos tres años.**

En caso afirmativo, especificar cuáles en las tablas 1 a 3.

Firma

Fecha: 22 de febrero de 2007

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Tabla 1. Intereses personales

	Actividad	Institución	Fecha
Financiación por participar en una investigación			
Consultoría para una compañía farmacéutica/otras tecnologías			
Accionista/intereses comerciales en una compañía (patentes…)			
Intereses económicos en una empresa privada relacionada con la salud (como propietario, empleado, accionista, consulta privada…), que pueden ser significativos en relación con la autoría de la guía			
Conflictos de interés de índole no económico que pueden ser significativos en relación con la autoría en la guía			

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Tabla 2. Intereses no personales

	Actividad	Institución	Fecha
Financiación o ayudas económicas para la creación de la unidad o servicio			
Dotación significativa de material a la unidad o servicios			
Contratación o ayudas económicas para contratar personal en la unidad o servicios			
Ayuda económica para la financiación de una investigación			

Tabla 3. Otros posibles conflictos de interés no señalados en los apartados anteriores (especificar)

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

12. Bibliografía

1. Grupo de trabajo sobre GPC. Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico. Madrid. Plan Nacional para el SNS del MSC. Instituto Aragonés de Ciencias de la salud-I+CS; 2006. Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS Nº 2006/0I.
2. Guía de Salud Mental en Atención Primaria. Grupo de Trabajo de Salud Mental PAPPS, 2001.
3. Informe del Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid 2004. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid. 2005.
4. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. 2006. Ministerio de Sanidad y Consumo. [documento Internet]. [Acceso 20 marzo 2007]. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/ESTRATEGIA_SALUD_MENTAL_SNS_PAG_WEB.pdf.
5. Ormel J. et al. Common mental disorders and disability across cultures. Results from the WHO collaborative study on psychological problems in general health care. JAMA. 1994; 272:1741-1748.
6. Cortes J.A. et al. La prevalencia de malestar psíquico en atención primaria y su relación con el grado de frecuentación de las consultas. Atención Primaria. 1993; 11:459-463.
7. Demertzis KH.et al. Anxiety in primary care. Current Psychiatry Reports. 2006; 8:291-297.
8. Kroenke K. et al. Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity and detection. Annals of Internal Medicine. 2007; 146:317-325.
9. Martín Pérez C. et al. Prevalencia de psicopatías en un centro de salud rural. Atención primaria. 2003; 31:39-46.
10. Chocrón Bentata L et al. Prevalencia de psicopatología en un centro de atención primaria. Atención Primaria.1995; 16:586-593.
11. The European Opinion Research Group. The Mental Health Status of the European Population. Eurobarometer 58.2. [documento Internet]. Brussels. 2003. [Acceso 10 de enero de 2007]. Disponible en http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental_eurobaro.pdf.
12. Somers JM, Goldner EM, Waraich P, Hsu L. Prevalence and Incidence Studies of Anxiety Disorders: A Systematic Review of the Literature. Canadian Journal Psychiatry. 2006; 51:100–113.
13. Martínez Álvarez J.M. et al. Estudio de morbilidad psiquiátrica en la población atendida en el Centro de Salud de Basauri. Atención Primaria. 1993; 11:127-132.
14. Caballero Martínez L. et al. Prevalencia de los trastornos psiquiátricos en atención primaria usando el cuestionario PRIME-MD. Atención Primaria. 1999; 23:275-279.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

15. Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I, Codony M, Dolz M, Alonso J y el Grupo ESEMeD-España. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. Medicina Clínica (Barc) 2006; 126(12):445-51.
16. Roy-Byrne PP. Generalized anxiety and mixed anxiety-depression: association with disability and health care utilization. The Journal of Clinical Psychiatry. 1996; 57 (Supl 7): 86-91.
17. López-Torres J, Escobar F, Fernández C, González L, Urbistondo L, Requeza M. Trastornos mentales y utilización de las consultas de medicina general. Atención Primaria. 1992; 10:665-70.
18. Shear MK, Schulberg HC. Anxiety disorders in primary care. Bull Menninger Clin. 1995; 59:73-85.
19. Jenkins R, Goldberg D, Kiima D, Mayeya J, Mayeya P, Mbatia J, et al. Classification in primary care: experience with current diagnostic systems. Psychopathology. 2002; 35:127-31.
20. Bowers PJ. Selections from current literature: psychiatric disorders in primary care. J Fam Pract. 1993; 10: 231-237.
21. Sherbourne CD, Jackson CA, Meredith LS, Camp P, Wells KB. Prevalence of comorbid anxiety disorders in primary care outpatients. Arch Fam Med. 1996; 5: 27-357.
22. Vega AT, Larrañaga M,Zurriaga O,Gil M,Urtiaga M, Calabuig J. Trastornos de ansiedad. Variabilidad y condicionantes de la actitud terapéutica de los médicos de Atención Primaria. Atención Primaria. 1999; 24:569-78.
23. Hodges B,Inch C,Silver I. Improving the psychiatric knowledge, skills, and attitudes of primary care physicians, 1950-2000: a review. Am J Psychiatry. 2001; 158:1579-86.
24. Gene J, Sanjosé S, Torruella J, Godoy F, Leal C, Olmedilla A, et al. Valoración de la motivación de los médicos de Atención Primaria por la Salud Mental. Atención Primaria. 1985; 2:289-92.
25. Vicente V, Bedía C, Aragón T, Palmer P, Munárriz M. Opiniones de los profesionales de atención primaria sobre los enfermos mentales y la asistencia psiquiátrica. Atención Primaria. 1992; 9:197-202.
26. Muñoz BA, Pérez PS, Pérez-Vega L. Actitudes de médicos y enfermeros hacia la integración de la salud mental en Atención Primaria. Atención Primaria. 1993; 11:134-6.
27. Beltran M, Salleras N, Camps C, Solanas P, Igual E, García-Oria M. Abordaje de los problemas de salud mental desde atención primaria. Relación con los servicios de apoyo especializados. Atención Primaria. 2001; 28:39-45.
28. Latorre Postigo JM, et al. Percepción de la demanda y necesidades de formación en salud mental de los médicos de atención primaria. Atención Primaria. 2005; 36(2):85-92.
29. Katon W. et al. Anxiety disorders: efficient screening is the first step in improving outcomes. Annals of Internal Medicine. 2007; 146:390-391.
30. López-Ibor JJ, Valdés M, editores. DMS-IV-TR-AP. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Atención Primaria. Barcelona: Masson; 2004.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

31. Marrs JA. Stress, Fears and Phobias: The Impact of Anxiety. Clinical Journal of Oncology Nursing. 2006; 10(3): 319-22.
32. Lobo A, Campos R. Factores etiopatogénicos. En :Trastornos de ansiedad en atención primaria. Madrid: Editorial EMISA; 1997. p.41-76.
33. Tyrer P, Baldwin D. Generalised anxiety disorder. Lancet. 2006; 368: 2156–66.
34. McIntosh A, Cohen A, Turnbull N, Esmonde L, Dennis P, Eatock J et al. Clinical Guidelines and Evidence Review for Panic Disorder and Generalised Anxiety Disorder. Sheffield:University of Sheffield/London. National Collaborating Centre for Primary Care. 2004; pg.14.
35. Gratacòs M, Nadal M, Martín-Santos R, Pujana MA, Gago J, Peral B et al. A Polymorphic Genomic Duplication on Human Chromosome 15 Is a Susceptibility Factor for Panic and Phobic Disorders. Cell. 2001; Vol. 106: 367–379.
36. Hettema JM, Neale MC, Kendler KS . A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. Am J Psychiatry. 2001; 158(10):1568-78.
37. Allgulander C. Generalized anxiety disorder: What are we missing?. European Neuropsychopharmacology. 2006; 16: 101-108.
38. Gross C, Hen R. The development origins of anxiety. Nature Reviews Neuroscience. 2005; 5: 545-552.
39. Battaglia M, Ogliari A. Anxiety and panic: from human studies to animal research and back. Neuroscience and Biobehavioral Reviews.2005;29:169-179.
40. López-Ibor JJ, Valdés M, editores. DMS-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Barcelona: Masson; 2002.
41. OMS. CIE 10: Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: MEDITOR, 1992.
42. Comité Internacional de Clasificación de la WONCA. Clasificación Internacional de la Atención Primaria: CIAP-2. Barcelona: Masson; 1999.
43. Balon R. Mood, Anxiety and Physical Illness: Body and Mind or Mind and Body?. Dep & Anxiety. 2006; 23:377-388.
44. Pascual JC, Castaño J, Espluga N, Díaz B, García-Ribera C, Bulbena A. Enfermedades somáticas en pacientes con trastornos de ansiedad. Med Clin (Barc). 2008;130(8):281-5.
45. Härter M, Conway K, Merikangas K. Associations between anxiety disorders and physical illness. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience. 2003; 253:313-20.
46. Sareen J, Jacobi F, Cox BJ, Belik SL, Clara I, Stein MB. Disability and poor quality of life associated with comorbid anxiety disorders and physical conditions. Archives of Internal Medicine. 2006;166:2109-16.
47. Bulbena A, Gago, J, Martín Santos R, Porta, M, Dasquens J, Berrios GE. Anxiety disorder & Joint laxity: A definitive link. Neurology, Psychiatry and Brain Research. 2004; 11:137-140.
48. García Campayo J, Alda M. Salud mental e inmigración. Barcelona: Edikamed; 2005.
49. Leff J. Cultural influence on psychiatry. Curr Opin Psychiatry. 1994; 7:197-201.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

50. Bulbena A, Martín Santos R, Mateo A, Gelabert A. Koro syndrome: primer caso en España. Medicina Clínica (Barc). 1990; 13:36.
51. Caballero L, Iruela L, Muñoz PE, Baca E. A propósito de un caso de Koro descrito en España. Medicina Clinica. 1990; 95: 519.
52. Salman E, Carrasco JL, Liebowitz M, Díaz M, Prieto R, Jusino C, et al. Los "ataques de nervios": Un estudio de caracterización diagnóstica. Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr . 1997; 25: 285-89.
53. Hernández Monsalve M. La entrevista clínica en Atención Primaria. En: Fernández Liria A, Romero Hidalgo A, editors. Salud Mental en Atención Primaria. Madrid: IDEPSA; 1989. p. 1-49.
54. Tizón García JL. Components psicològics de la pràctica mèdica: una perspectiva. Barcelona: Acadèmia de Ciències mèdiques de Catalaunya i e Balears; 1987.
55. Borrel Carrión F. Manual de entrevista clínica. Barcelona. Doyma; 1989.
56. Gradillas V. Arte y técnica de la entrevista psiquiátrica. Barcelona. JIMS; 1992.
57. Golberg D, Huxley P. Técnicas de entrevista en atención primaria. En: Golberg D, Huxley P, editores. Enfermedad mental en la comunidad. Madrid: Nieva; 1990. p.171-180.
58. Stern T, Herman J, Slavin P. Psiquiatría en la consulta de atención primaria: guía práctica. Massachusetts general Hospital. 2005.
59. Vázquez-Barquero J.L. et all. Psiquiatría en Atención Primaria. Madrid: Grupo Aula Médica, SA; 1998.
60. Dupuy L, Losasso A. Entrevista clínica: algunas herramientas. Archivos de Medicina Familiar y General. 2004; 1(1):1-15.
61. Pascual P, Induráin S. Cómo mejorar nuestras entrevistas clínicas. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. 2001; Vol 24; Suplem 2:15-21.
62. Lobo A, Montón C, Campos R, García-Campayo J, Pérez Echevarría MJ y el GZEMPP. Detección de morbilidad psíquica en la práctica médica. El nuevo instrumento EADG. Zaragoza: Luzán SA Ed; 1993.
63. Chamorro García L. Guía de manejo de los trastornos mentales en Atención Primaria. Barcelona: Ars Medica. Psiquiatría editores S.L; 2004.
64. Bulbena A, Ibarra N, Ballesteros J y Gago J. Instrumentos de evaluación de los trastornos mentales en atención primaria. En: Vázquez Barquero JL. Psiquiatría en atención primaria. 2ª ed. Grupo aula médica S.L.; 2008. p.107-125.
65. Badía X, Alonso J. Medidas de bienestar psicológico y salud mental. En: Badía X, Alonso J, editores. La medida de la salud. Guía de escalas de medición en español. Barcelona; 2007. p.49-88.
66. Montón C, Pérez Echeverría MI, Campos R y cols.: Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. Atención Primaria. 1993; 12(6):345-9.
67. Quintana JM, Padierna A, Esteban C, Arostegui I, Bilbao A, Ruiz I. Evaluation of the psychometric characteristics of the Spanish version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. Acta Psychiatrica Scandinavica. 2003; 107(3):216-21.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

68. Runkewitz K, Kirchmann H, Strauss B. Anxiety and depression in primary care patients: predictors of symptom severity and developmental correlates. Journal Psychosomatic Research. 2006; 60(5):445-53.
69. Bulbena A, Bobes J, Luque A, Dal-Ré R, Ballesteros J, Ibarra N y el Grupo de Validación en Español de Escalas Psicométricas (GVEEP): Validación de las versiones en español de la Clinical Anxiety Scale y del Physician Questionnaire para la evaluación de los trastornos de ansiedad. Medicina Clínica (Barc). 2003; 121(10):367-374.
70. Canadian Psychiatric Association, Clinical Practice Guidelines. Management of Anxiety Disorders. The Canadian Journal of Psychiatry, 2006.
71. Fernández Liria A, Rodríguez Vega B. La práctica de la psicoterapia. Bilbao: Desclée; 2001.
72. Vélez Noguera JL. Enfoque de la salud mental en Atención Primaria. Barcelona: Organon Española S.A; 1991.
73. Ridel-Heller SG, Matschinger H, Angermeyer MC. Mental disorders –who and what might help? Help-seeking and treatment preferences of the lay public. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 2005; 40:167-74.
74. Lobo A, Campos R et al. Los trastornos de ansiedad en Atención Primaria. 1ª ed. Madrid: EMISA; 1997.
75. Álvarez Gálvez E. Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad. Centro de Salud. 1998; 6(2): 82-93.
76. Caro Gabalda I. Manual teórico-práctico de Psicoterapias Cognitivas. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2007.
77. García Ramos J, Gallego Rodríguez J.M. Psicoterapias en atención primaria. Formación Médica Continuada. 2003; 10 (7): 508-13.
78. Bateman A, Brown D, Pedder J. Introducción a la Psicoterapia. Manual de la teoría y técnica psicodinámicas. Barcelona: Ed. Albesa S.L.; 2005.
79. INSALUD. Protocolos de Salud Mental en Atención Primaria: Ansiedad, Insomnio y Depresión. Madrid: Área 1. Atención Primaria, 1997.
80. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Clinical Guideline 22. Anxiety: management of anxiety (panic disorder, with or without agoraphobia, and generalised anxiety disorder) in adults in primary, secondary and community care. London: National Institute for Health and Clinical Excellence, 2004.
81. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Clinical Guideline 22 (amended). Anxiety: management of anxiety (panic disorder, with or without agoraphobia, and generalised anxiety disorder) in adults in primary, secondary and community care. London: National Institute for Health and Clinical Excellence, 2007.
82. MOH Clinical Practice Guidelines 7. Anxiety Disorders. Singapore: Ministry of Health, 2003.
83. Linden M, Zubraegel D, Baer T, Franke U, Schlattman P. Efficacy of Cognitive Beaviour Therapy in Generalized Anxiety Disorders. Psychotherapy and Psychosomatics; 2005; 74:36-42.
84. Dugas MJ, Ladouceur R, Léger E, Freeston MH, Langlois F, Provencher MD, Boisvert JM. Group cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder: treatment

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

outcome and long-term follow-up. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2003; 71(4):821-5.

85. Borkovec TD, Newman MG, Pincus AL, Lytle R. A component analysis of cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder and the role of interpersonal problems. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2002; 70(2):288-98.
86. Hunot V, Churchill R, Silva de Lima M, Teixeira V. Terapias psicológicas para el trastorno de ansiedad generalizada (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
87. BMJ Clinical Evidence (base de datos en Internet). London: British Medical Journal; 2006-. Gale C. Generalised anxiety disorder, [actualizada en febrero de 2006; acceso 24 de mayo de 2007]; Disponible en: http://www.clinicalevidence.bmj/ceweb/index.jsp.
88. Durham RC, Chambers JA, Power KG, Sharp DM, Macdonald RR, Major KA, et al. Long-term outcome of cognitive behaviour therapy clinical trials in central Scotland. Health Technology Assessment. 2005; 9(42).
89. Durham RC, Chambers JA, MacDonald RR, Power KG, Major K. Does cognitive-behavioural therapy influence the long-term outcome of generalized anxiety disorder? An 8-14 year follow-up of two clinical trials. Psychological Medicine. 2003; 33:499-509.
90. Price D, Beck A, Nimmer C, Bensen S. The Treatment Of Anxiety Disorders In A Primary Care HMO Setting. Psychiatric Quarterly. 2000; 71(1):31-45.
91. Stanley M A, Hopko D R, Diefenbach G J, Bourland S L, Rodriguez H, Wagener P. Cognitive–Behavior Therapy for Late-Life Generalized Anxiety Disorder in Primary Care: Preliminary Findings. American Journal Geriatric Psychiatry. 2003; 1(1):92-6.
92. van Boeijen CA, van Oppen P, van Balkom A J, Visser S, Kempe P T, Blankenstein N, van Dyck R. Treatment of anxiety disorders in primary care practice: a randomised controlled trial. British Journal of General Practice. 2005; 55(519):763-9.
93. Burgos Varo ML, Ortiz Fernández MD, Muñoz Cobos F, Vega Gutiérrez P, Bordallo Aragón R. Intervención grupal en los trastornos de ansiedad en Atención Primaria: técnicas de relajación y cognitivo-conductuales. SEMERGEN. 2006; 32(5):205-210.
94. Tello Bernabé ME, Téllez Arévalo A, Ruiz Serrano A, de Frutos Martín MA, Elcano Alfaro R. Técnicas grupales y relajación en el tratamiento de algunos subtipos de ansiedad: un estudio de intervención controlado no aleatorio. Atención Primaria, 1997; 19:67-71.
95. van Balkom A J, Bakker A, Spinhoven P, Blaauw B M, Smeenk S, Ruesink B. A meta-analysis of the treatment of panic disorder with or without agoraphobia: a comparison of psychopharmacological, cognitive-behavioral, and combination treatments. Journal of Nervous and Mental Disease. 1997; 185:510-516.
96. Bakker A, van Balkom A J, Spinhoven P, Blaauw B M, van Dyck R. Follow-up on the treatment of panic disorder with or without agoraphobia: a quantitative review. Journal of Nervous and Mental Disease. 1998; 186:414-419.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

97. Abbass AA, Hancock JT, Henderson J, Kisely S. Psicoterapias psicodinámicas a corto plazo para trastornos mentales frecuentes. (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
98. BMJ Clinical Evidence (base de datos en Internet). London: British Medical Journal; 2006-. Kumar S, Oakley-Browne M. Panic disorder [actualizada en mayo de 2006; acceso 17 de junio de 2007]; Disponible en: http://www.clinicalevidence.bmj.com/ceweb/index.jsp.
99. Stuart GL, Treat TA, Wade WA. Effectiveness of an empirically based treatment for panic disorder delivered in a service clinic setting: 1-year follow-up. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2000; 68(3):506-12.
100. Bruce TJ, Spiegel DA, Hegel MT. Cognitive-behavioral therapy helps prevent relapse and recurrence of panic disorder following alprazolam discontinuation: a long-term follow-up of the Peoria and Dartmouth studies. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1999; 67(1):151-6.
101. Hunt C, Andrews G. Long-term outcome of panic disorder and social phobia. Journal of Anxiety Disorders. 1998; 12(4):395-406.
102. Mitte K. A meta-analysis of the efficacy of psycho- and pharmacotherapy in panic disorder with and without agoraphobia. Journal of Affective Disorders. 2005; 88:27–45.
103. The Swedish Council on Technology Assessment in Health Care. Treatment of Anxiety Disorders. A Systematic Review. Summary and Conclusions. Sweeden; November, 2005.
104. Austin D, Blashki G, Barton D, Klein B. Managing panic disorder in general practice. Australian Family Physician. 2005; 34(79): 563-571.
105. Sharp D M, Power K G, Swanson V. Reducing therapist contact in cognitive behaviour therapy for panic disorder and agoraphobia in primary care: global measures of outcome in a randomised controlled trial. British Journal of General Practice. 2000; 50:963-968.
106. Sharp DM, Power KG, Swanson V. A Comparison of the Efficacy and Acceptability of Group versus Individual Cognitive Behaviour Therapy in the Treatment of Panic Disorder and Agoraphobia in Primary Care. Clinical Psychology and Psychotherapy. 2004; 1(2):73–82.
107. Nadiga D N, Hensley P L, Uhlenhuth E H. Review of the long-term effectiveness of cognitive behavioural therapy compared to medications in panic disorder. Depression and anxiety. 2003; 17:58–64.
108. Galaverni E, Pozo Navarro P, Bellini M. A survey of panic symptoms in a primary care setting. Atención Primaria. 2005 15; 36(6):312-6.
109. Katerndahl D, Realini JP. Where do panic attack sufferers seek care?. J Fam Pract. 1995; 40: 237-43.
110. Katerndahl D A, Realini, J P. Patients with Panic Attacks Seeking Care from Family Physicians Compared with Those Seeking Care From Psychiatrists. The Journal of Nervous and Mental Disease. 1998; 186(4): 249-250.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

111. Katerndahl D. Panic-related outcomes in patients with a personal physician. Family medical. 2003; 35(3): 209-14.
112. Merritt TC. Recognition and acute management of patients with panic attacks in the emergency department. Emergency Medicine Clinics of North America. 2000; 18(2):289-300.
113. De la Gándara Martín J J, García Moja LC. Vademécum de psicoterapias, vol 1. Técnicas de terapia de conducta y técnicas de relajación. Madrid:Ed. Luzan, S.A.; 2000.
114. De la Gándara Martín J J, García Moja LC. Vademécum de psicoterapias, vol 2. Técnicas de terapia cognitiva y cognitivo- conductual. Madrid:Ed. Luzan, S.A.; 2000.
115. García-Campayo J. Hidalgo Campos I. Orozco González F. Psicoterapia de resolución de problemas en atención primaria. Barcelona: Grupo Ars XXI de Comunicación, SL; 2006.
116. Mynor-Wallis LM. Problem-solving treatment: evidence for effectiveness and feasibility in primary care. In J Psychiatry Med. 1996; 26:249-262.
117. Güemes I, Ballesteros J. La eficacia de las psicoterapias breves estructuradas en el tratamiento de los trastornos afectivos en la atención ambulatoria. Norte de Salud Mental. 2006; 25:15-25.
118. Diéguez M, Rodríguez V, Fernández L. Psicoterapia en Atención Primaria: Consejo interpersonal para la depresión. MEDIFAM. 2001; 11: 156-162.
119. González M, Revuelta C, Rodríguez-Arias JL. Terapia Familiar Breve: evaluación de resultados y estudio de seguimiento. Congreso de la Asociación Española para la Investigación y el Desarrollo de la Terapia Familiar [Póster]; mayo 1998, Sevilla, España.
120. Real Pérez M, Rodríguez-Arias Palomo JL, Cagigas Viadero J, Aparicio Sanz MM, Real Pérez MA. Terapia familiar breve: una opción para el tratamiento de los trastornos somatomorfos en Atención Primaria. Atención Primaria. 1996 Mar 15; 17(4): 241-6.
121. Rodríguez-Arias JL, Fontecilla G, Ramos M. Evaluación de resultados en Terapia Familiar Breve. XIV Jornadas Nacionales de Terapia Familiar. 1993; Santiago de Compostela, España.
122. Casacalenda N, Boulenger J P. Pharmacologic treatments effective in both generalized anxiety disorder and major depressive disorder: clinical and theoretical implications. Canadian Journal of Psychiatry. 1998; 43(7): 722-730.
123. Kapczinski F, Lima MS, Souza, JS, Schmitt, R. Antidepresivos para el trastorno de ansiedad generalizada (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
124. Kim TS, Pae CU, Yoon SJ, Bahk WM, Jun TY, Rhee WI, Chae JH. Comparison of venlafaxine extended release versus paroxetine for treatment of patients with generalized anxiety disorder. Psychiatry Clin Neurosci. 2006 Jun; (3):347-51.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

125. Brawman-Mintzer O, Knapp RG, Rynn M, Carter RE, Rickels K. Sertraline treatment for generalized anxiety disorder: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. The Journal of Clinical Psychiatry. 2006; 67(6):874-81.

126. Koponen H, Allgulander C, Erickson J, Dunayevich E, Pritchett Y, Detke MJ, Ball SG, Russell JM. Efficacy of Duloxetine for the Treatment of Generalized Anxiety Disorder: Implications for Primary Care Physicians. Prim Care Companion J Clin Psychiatry. 2007; 9(2):100-107.

127. Endicott J, Russell JM, Raskin J, Detke MJ, Erickson J, Ball SG, Marciniak M, Swindle RW. Duloxetine treatment for role functioning improvement in generalized anxiety disorder: three independent studies. The Journal of Clinical Psychiatry. 2007; 68(5):806.

128. Hartford J, Kornstein S, Liebowitz M, Pigott T, Russell J, Detke M, Walker D, Ball S, Dunayevich E, Dinkel J, Erickson J. Duloxetine as an SNRI treatment for generalized anxiety disorder: results from a placebo and active-controlled trial. Int Clin Psychopharmacol. 2007; 22(3):167-74.

129. US Food and Drug Administration [sede Web]. Antidepressant Use in Children, Adolescents, and Adults. [acceso 1 de octubre de 2007]. Disponible en http: www.fda.gov/cder/drug/antidepressants/default.htm.

130. US Food and Drug Administration [sede Web]. FDA Public Health Advisory Paroxetine. [acceso 20 de diciembre de 2007]. Disponible en: http://www.fda.gov/cder/drug/advisory/paroxetine200512.htm.

131. Gentile S. Serotonin reuptake inhibitor-induced perinatal complications. Paediatric Drugs. 2007; 9 (2):97-106.

132. Davis RL, Rubanowice D, McPhillips H, Raebel MA, Andrade SE, Smith D, Yood MU, Platt R. HMO Research Network Center for Education, Research in Therapeutics. Risks of congenital malformations and perinatal events among infants exposed to antidepressant medications during pregnancy. Pharmacoepidemiology and Drug Safety 2007; 16(10):1086-94.

133. Looper KJ. Potential medical and surgical complications of serotonergic antidepressant medications. Psychosomatics. 2007; 48(1):1-9.

134. Moses-Kolko EL, Bogen D, Perel J, Bregar A, Uhl K, Levin B, Wisner KL. Neonatal signs after late in utero exposure to serotonin reuptake inhibitors: literature review and implications for clinical applications. Journal of the American Medical Association. 2005; 18; 293(19):2372-83.

135. Lattimore KA, Donn SM, Kaciroti N, Kemper AR, Neal CR Jr, Vazquez DM. Selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) use during pregnancy and effects on the fetus and newborn: a meta-analysis. Journal of Perinatology. 2005; 25(9):595-604.

136. Mejías C, Rodríguez-Pinilla E, Fernández Martín P, Martínez-Frías ML. Adverse effects of selective serotonin reuptake inhibitors use during the third trimester of pregnancy and prevention guidelines. Medicina Clínica (Barc). 2007 Apr 21; 128(15):584-9.

137. Baldwin DS, Huusom AK, Maehlum E. Escitalopram and paroxetine in the treatment of generalised anxiety disorder: randomised, placebo-controlled, double-blind study. Evid Based Ment Health. 2007; 10(2):45.

Han transcurrido más de 5 años desde la Publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

138. Rickels K, Rynn M, Iyengar M, Duff D. Remission of generalized anxiety disorder: a review of the paroxetine clinical trials database. The Journal of Clinical Psychiatry. 2006; 67(1):41-7.

139. Stocchi F, Nordera G, Jokinen RH, Lepola UM, Hewett K, Bryson H, Iyengar MK. Efficacy and tolerability of paroxetine for the long-term treatment of generalized anxiety disorder. J Clin Psychiatry. 2003; 64(3):250-8.

140. Allgulander C, Florea I, Huusom AK. Prevention of relapse in generalized anxiety disorder by escitalopram treatment. Int J Neuropsychopharmacol. 2006; 9(5):495-505.

141. (MHRA) Medicines and Healthcare products Regulatory Agency. [sede Web]. Press releases updated product information for Efexor (venlafaxine). 2007 [acceso 29 de octubre de 2007]. Disponible en: http://www.mhra.gov.uk/home/idcplg?IdcService=SS_GET_PAGE&useSecondary=true&ssDocName=CON2023843&ssTargetNodeId=389.

142. Medicamentos autorizados en España (uso humano). [sede Web]*. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios AEMPS; 2007 [acceso 20 diciembre de 2007]. Disponible en: https://sinaem4.agemed.es/consaem/fichasTecnicas.do?metodo=detalleForm.

143. Iqbal MM, Sobhan T, Ryals T. Effects of commonly used benzodiazepines on the fetus, the neonate, and the nursing infant. Psychiatr Serv. 2002; 53(1):39-49.

144. Lin AE, Peller AJ, Westgate MN, Houde K, Franz A, Holmes LB. Clonazepam use in pregnancy and the risk of malformations. Birth Defects Research. Part A, Clinical Molecular Teratology. 2004; 70(8):534-6.

145. Mitte K, Noack P, Steil R, Hautzinger M. A meta-analytic review of the efficacy of drug treatment in generalized anxiety disorder. Journal of Clinical Psychopharmacology. 2005; 25(2):141-150.

146. Malgorn G, Leboucher B, Harry P, Turcant A, Catala L, Giniès JL. Benzodiazepine poisoning in a neonate: clinical and toxicokinetic evaluation following enterodialysis with activated charcoal. Archives de Pédiatrie. 2004; 11(7):819-21.

147. Swortfiguer D, Cissoko H, Giraudeau B, Jonville-Béra AP, Bensouda L, Autret-Leca E. Neonatal consequences of benzodiazepines used during the last month of pregnancy. Archives de pédiatrie. 2005; 12(9):1327-31.

148. Murray KL, Miller KM, Pearson DL. Neonatal withdrawal syndrome following in utero exposure to paroxetine, clonazepam and olanzapine. Journal of perinatology: official journal of the Californian Perinatal Association. 2007; 27(8):517-8.

149. García-Algar O, López-Vílchez MA, Martín I, Mur A, Pellegrini M, Pacifici R, Rossi S, Pichini S. Confirmation of gestational exposure to alprazolam by analysis of biological matrices in a newborn with neonatal sepsis. Clinical Toxicology (Philadelphia, Pa.). 2007; 45(3):295-8.

150. Chessick CA, Allen MH, Thase ME, Batista Miralha da Cunha ABC, Kapczinski FFK, de Lima MSML, dos Santos Souza JJSS. Azapironas para el trastorno de ansiedad generalizada (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

com. (Traducida de *The Cochrane Library,* 2007 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

151. Rickels K, Pollack MH, Feltner DE, Lydiard RB, Zimbroff DL, Bielski RJ, Tobias K, Brock JD, Zornberg GL, Pande AC. Pregabalin for Treatment of Generalized Anxiety Disorder. A 4-Week, Multicenter, Double-blind, Placebo-Controlled Trial of Pregabalin and Alprazolam. Archives of General Psychiatry. 2005; 62:1022-1030.
152. Bech P. Dose-response relationship of pregabalin in patients with generalized anxiety disorder. A pooled analysis of four placebo-controlled trials. Pharmacopsychiatry. 2007; 40(4):163-8.
153. Montgomery SA, Tobias K, Zornberg GL, Kasper S, Pande AC. Efficacy and safety of pregabalin in the treatment of generalized anxiety disorder: a 6-week, multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled comparison of pregabalin and venlafaxine. Evidence Based Mental Health. 2007; 10(1):23.
154. Pohl RB, Feltner DE, Fieve RR, Pande AC. Efficacy of pregabalin in the treatment of generalized anxiety disorder: double-blind, placebo-controlled comparison of BID versus TID dosing. Journal of Clinical Psychopharmacology. 2005; 25(2):151-8.
155. Simon NM, Hoge EA, Fischmann D, Worthington JJ, Christian KM, Kinrys G, Pollack MH. An open-label trial of risperidone augmentation for refractory anxiety disorders. J Clin Psychiatry. 2006; 67(3):381-5.
156. Snyderman SH, Rynn MA, Rickels K. Open-label pilot study of ziprasidone for refractory generalized anxiety disorder. Clin Psychopharmacol. 2005 Oct;25(5):497-9.
157. Pollack MH, Roy-Byrne PP, Van Ameringen M, Snyder H, Brown C, Ondrasik J, Rickels K. The selective GABA reuptake inhibitor tiagabine for the treatment of generalized anxiety disorder: results of a placebo-controlled study. Journal of Clinical Psychopharmacology. 2005; 66(11):1401-8.
158. Mathew SJ, Amiel JM, Coplan JD, Fitterling HA, Sackeim HA, Gorman JM. Open-label trial of riluzole in generalized anxiety disorder. Am J Psychiatry. 2005; 162(12):2379-81.
159. Naukkarinen H, Raassina R, Penttinen J, Ahokas A, Jokinen R, Koponen H, Lepola U, Kanerva H, Lehtonen L, Pohjalainen T, Partanen A, Mäki-Ikola O, Rouru J; Deramciclane Dose-Finding Study Group. Deramciclane in the treatment of generalized anxiety disorder: a placebo-controlled, double-blind, dose-finding study. European Neuropsychopharmacology. 2005; 15(6):617-23. Epub 2005 Jun 9.
160. Sáiz Ruiz J, Ibáñez Cuadrado A, Montes Rodríguez JM. Trastorno de angustia. Crisis de pánico y agorafobia en atención primaria. Barcelona: MASSON S.A.; 2001.
161. Marchesi C, Cantoni A, FontC2 S, Giannelli MR, Maggini C. The effect of pharmacotherapy on personality disorders in panic disorder: a one year naturalistic study. J Affect Disord. 2005; 89(1-3):189-94.
162. Palao Vidal D, Márquez Rowe M, Jódar Ortega I. Guía psiquiátrica en Atención Primaria. SmithKline Beecham; 1996
163. Boyer W. Serotonin uptake inhibitors are superior to imipramine and alprazolam in alleviating panic attacks: a meta-analysis. International Clinical Psychopharmacology. 1995; 10(1): 45-49.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

164. Wagstaff A J, Cheer S M, Matheson A J, Ormrod D, Goa K L. Paroxetine: an update of its use in psychiatric disorders in adults. Drugs. 2002; 62(4): 655-703.

165. Pollack MH, Lepola U, Koponen H, Simon NM, Worthington JJ, Emilien G, Tzanis E, Salinas E, Whitaker T, Gao B. A double-blind study of the efficacy of venlafaxine extended-release, paroxetine, and placebo in the treatment of panic disorder. Depress Anxiety. 2007; 24(1):1-14.

166. Fisekovic S, Loga-Zec S. Sertraline and alprazolam in the treatment of panic disorder. Bosn J Basic Med Sci. 2005; 5(2):78-81.

167. Milrod B, Busch F. Long-term outcome of panic disorder treatment: a review of the Literature. Journal of Nervous and Mental Disease. 1996; 184(12): 723-730.

168. Ferguson JM, Khan A, Mangano R, Entsuah R, Tzanis E. Relapse prevention of panic disorder in adult outpatient responders to treatment with venlafaxine extended release. The Journal of Clinical Psychiatry. 2007; 68(1):58-68.

169. Blaya C, Seganfredo AC, Dornelles M, Torres M, Paludo A, Heldt E, Manfro GG. The efficacy of milnacipran in panic disorder: an open trial. Int Clin Psychopharmacol. 2007; 22(3):153-8.

170. Sheehan DV, Sheehan KH, Raj BA. The speed of onset of action of alprazolam-XR compared to alprazolam-CT in panic disorder. Psychopharmacol Bull. 2007; 40(2):63-81.

171. Uhlenhuth EH, Starcevic V, Qualls C, Antal EJ, Matuzas W, Javaid JI, Barnhill J. Abrupt discontinuation of alprazolam and cognitive style in patients with panic disorder: early effects on mood, performance, and vital signs. Journal of Clinical Psychopharmacology. 2006; 26(5):519-23.

172. Sepede G, De Berardis D, Gambi F, Campanella D, La Rovere R, D'Amico M, Ciccconetti A, Penna L, Peca S, Carano A, Mancini E, Salerno RM, Ferro FM. Olanzapine augmentation in treatment-resistant panic disorder: a 12-week, fixed-dose, open-label trial. Journal of Clinical Psychopharmacology. 2006; 26(1):45-9.

173. Uhlenhuth E. H, Matuzas W, Warner Teddy D, Paine Susan, Lydiard R. B, Pollack, M H. Do Antidepressants Selectively Suppress Spontaneous (Unexpected) Panic Attacks? A Replication. Journal of clinical Psychopharmacology. 2000; 20(6): 622-627.

174. Edna BF, Martin EF, Moser J, Context in the Clinic: How Well Do Cognitive-Behavioral Therapies and Medications Work in Combination?. Biological Psychiatry. 2002; 52:987-997.

175. Power K G, Simpson R J, Swanson V, Wallace L A. Controlled comparison of pharmacological and psychological treatment of generalized anxiety disorder in primary care. British Journal of General Practice. 1990; 40(336):289–294.

176. Bernal i Cercós A, Fusté i Vallverdú R, Urbieta Solana R, Montesinos Molina I. Tratamiento de relajación en pacientes con trastornos de ansiedad y somatoformes en atención primaria. Atención Primaria. 1995; 15: 499-504.

177. Marks IM, Swinson RP, Basaglu M, Kuch K, Nashirvani H, O'Sullivan G, et al. Alprazolam and exposure alone and combined in panic disorder with agoraphobia: A controlled Study in London and Toronto. British Journal Psychiatriy. 1993; 162:776-787.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

178. Cottraux J, Note ID, Cungi C, Legeron P, Heim F, Cheinweiss L, et al. A controlled study of cognitive behavior therapy with buspirone or placebo in panic disorder with agoraphobia. British Journal Psychiatric. 1995; 167:635-641.

179. Barlow DH, Gorman JM, Shear MK, Woods SW. Cognitive-behavioral therapy, imipramine, or their combination for panic disorder: A randomized controlled trial. JAMA. 2000; 283:2529–2536.

180. Furukawa TA, Watanabe N, Churchill R. Psicoterapia combinada más antidepresivos para el trastorno por pánico con o sin agorafobia (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

181. Craske MG, Golinelli D, Stein MB, Roy-Byrne P, Bystritsky A, Sherbourne C. Does the addition of cognitive behavioural therapy improve panic disorder treatment outcome relative to medication alone in the primary-care setting?. Psychological Medicine. 2005; 35(11): 1645-54.

182. Roy-Byrne PP, Craske MG, Stein MB. Sullivan G, Bystritsky A, Katon W, Golinelli D, Sherbourne CD. A Randomized Effectiveness Trial of Cognitive-Behavioral Therapy and Medication for Primary Care Panic Disorder. Arch General Psychiatry. 2005; 62(3):290-298.

183. Sharp DM, Power KG, Simpson RJ, Swanson V, Anstee JA. Global measures of outcome in a controlled comparison of pharmacological and psychological treatment of panic disorder and agoraphobia in primary care. British Journal of General Practice. 1997; 47:150-155.

184. Bower P, Richards D, Lovell K. The clinical and cost-effectiveness of self-help treatments for anxiety and depressive disorders in primary care: a systematic review. British Journal of General Practice. 2001; 51(471): 838-845.

185. den Boer P C, Wiersma D, van den Bosch R J. Why is self-help neglected in the treatment of emotional disorders: a meta analysis. Psychological Medicine. 2004; 34(6): 959-971.

186. van Boeijen C A, van Balkom A J, van Oppen P, Blankenstein N, Cherpanath A, van Dyck R. Efficacy of self-help manuals for anxiety disorders in primary care: a sytematic review. Family Practice. 2005; 22(2): 192-196.

187. Barlow JH, Ellard DR, Hainsworth JM, Jones FR, Fisher A. A review of self-management interventions for panic disorders, phobias and obsessive-compulsive disorders. Acta Psychiatrica Scandinavica. 2005; 111: 272–285.

188. Reeves T, Stace JM. Improving patient access and choice: Assisted Bibliotherapy for mild to moderate stress/anxiety in primary care. Journal of Psychiatr and Mental Health Nursing. 2005;12:341-6.

189. Richards A, M Barkham, J Cahill, et al. PHASE: a randomised, controlled trial of supervised self-help cognitive behavioural therapy in primary care. Br J Gen Pract. 2003; 53(495):764-70.

190. Wright J et al. A Bibliotherapy Approach to Relapse Prevention in Individuals with Panic Attacks. Journal of Anxiety Disorders. 2000; 14(5):483-499.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

191. Juan Ladrón Y, García-Carrillo B, Oliván Blázquez B, García-Campayo J. Utilidad de la biblioterapia en Atención Primaria. En: García-Campayo J, Hidalgo Campos I, Orozco González F. Psicoterapia de resolución de problemas en atención primaria. 1ª ed. Barcelona: Ars Medica; 2006. p. 107-13.
192. Febbraro G A. An Investigation into the Effectiveness of Bibliotherapy and Minimal Contact Interventions in the Treatment of Panic Attacks. Journal of Clinical Psychology. 2005; 61(6):763–779.
193. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Computerised cognitive behaviour therapy for depression and anxiety. Review of Technology Appraisal 51. London: National Institute for Health and Clinical Excellence. 2006.
194. Kaltenthaler E, Brazier J, De Nigris E, Tumur I, Ferriter M, Beverley C, Parry G, Rooney G, Sutcliffe P. Computerised cognitive behaviour therapy for depression and anxiety update: a systematic review and economic evaluation. Health Technology Assessment. 2006; Vol. 10: No. 33.
195. McCrone P, Knapp M, Proudfoot J, Ryden C, Cavanagh K, Shapiro DA, Ilson S, Gray JA, Goldberg D, Mann A, Marks I, Everitt B, Tylee A. Cost-effectiveness of computerised cognitive-behavioural therapy for anxiety and depression in primary care: randomised controlled trial. Br J Psychiatry. 2004; 185:55-62.
196. Carlbring P, Bohmann S, Brunt S, Buhrman M, et al. Remote Treatment of Panic Disorder: A Randomized Trial of Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy Supplemented with telephone calls. The American Journal of Psychiatry. 2006; 163(12):2119-2125.
197. Mihalopoulos C, Kiropoulos L, Shih ST, Gunn J, Blashki G, Meadows G. Exploratory economic analyses of two primary care mental health projects: implications for sustainability. Med J Aust. 2005; 183(10 Suppl):S73-6.
198. Saeed SA, Bloch RM, Antonacci DJ. Herbal and Dietary Supplements for Treatment of Anxiety Disorders. American Family Physician. 2007; 76(4):549-56.
199. Pittler MH, Ernst E. Efficacy of kava extract for treating anxiety: systematic review and meta-analysis. Journal of Clinical Psychopharmacol. 2000; 20:84-9.
200. Pittler MH, Ernst E. Extracto de Kava para el tratamiento de la ansiedad (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
201. Connor KM, Payne V y Davidson JR. Kava in generalized anxiety disorder: three placebo-controlled trials. International Clinical Psychopharmacology. 2006; 21(5):249-53.
202. Boerner RJ, Sommer H, Berger W, Kuhn U, et al. Kava-Kava extract LI 150 is as effective as Opipramol and Buspirone in General Anxiety disorder – an 8 week, randomized, double-blind multi-centre clinical trial in 129 out-patients. Phytomedicine. 2003; 10 Suppl 4: 38-49.
203. Lehrl S. Clinical efficacy of kava extract WSR 1490 in sleep disturbances associated with anxiety disorders - Results of a multicenter, randomized, placebo-controlled, double-blind clinical trial. Journal of Affective Disorders. 2004; 78(2):101–110.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

204. Cairney S, Maruff P, Clough A R, Collie A, Currie J and Currie BJ. Saccade and cognitive impairment associated with kava intoxication. Human Psychopharmacology. 2003; 18(7):525-33.

205. Barnes J. Quality, efficacy and safety of complementary medicines: fashions, facts and the future. Part II: Efficacy and safety. British Journal of Clininical Pharmacology. 2003; 55(4):331-340.

206. Center for Food Safety and Applied Nutrition, U.S. Food and Drug Administration. Kava-containing dietary supplements may be associated with severe liver injury. Acceso 19 Octubre de 2007. Disponible en: http://www.cfsan.fda.gov/~dms/addskava.html

207. ORDEN SCO/190/2004, de 28 de enero, por la que se establece la lista de plantas cuya venta al público queda prohibida o restringida por razón de su toxicidad (B.O.E. 32, de 6 de febrero de 2004). Profesionales Salud Humana. Plantas Medicinales. [sede Web]*. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios AEMPS; 2007 [acceso 20 de diciembre de 2007]. Disponible en: https://sinaem4.agemed.es/consaem/fichasTecnicas.do?metodo=detalleForm.

208. Miyasaka LS, Atallah AN, Soares BGO. Valeriana para los trastornos de ansiedad (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

209. Miyasaka LS, Atallah AN, Soares BGO. Pasionaria para el trastorno de ansiedad (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

210. Akhondzadeh S, Naghavi HR, Vazirian M, Shayeganpour A, Rashidi H, Khani M. Passionflower in the treatment of generalized anxiety: a pilot double-blind randomized controlled trial with oxazepam. Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics. 2001; 26:363-367.

211. Woelk H, Arnoldt K H, Kieser M, Hoerr R. Ginkgo biloba special extract EGb 761 in generalized anxiety disorder and adjustment disorder with anxious mood: A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. Journal of Psychiatric Research. 2007; 41(6): 472–480.

212. Herrera-Arellano A, Jiménez-Ferrer E, Zamilpa A, Morales-Valdéz M, García-Valencia CE, Tortoriello J. Efficacy and tolerability of a standardized herbal product from Galphimia glauca on generalized anxiety disorder. A randomized, double-blind clinical trial controlled with lorazepam. Planta Med. 2007 ;73(8):713-7.

213. Hanus M, Lafon J, Mathieu M. Double-blind, randomized, placebo-controlled study to evaluate the efficacy and safety of a fixed cobination containing two plant extracts (Crataegus oxyacantha and Eschscholtzia californica) and magnesium in mild-to-moderate anxiety disorders. Current Medical Research and Opinion. 2004; 20(1):63-71.

214. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. A guideline developers' handbook (Publication n° 50) [monografía en Internet]. Edinburgh: SIGN: 2001 [actualizado mayo de 2004; acceso 10 de diciembre de 2006]. Disponible en: http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/index.html.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta GPC de práctica clínica y su vigencia no ha sido revisada.

MINISTERIO
DE SANIDAD
Y CONSUMO

Comunidad de Madrid
CONSEJERÍA DE SANIDAD

www.msc.es
www.madrid.org/lainentralgo