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

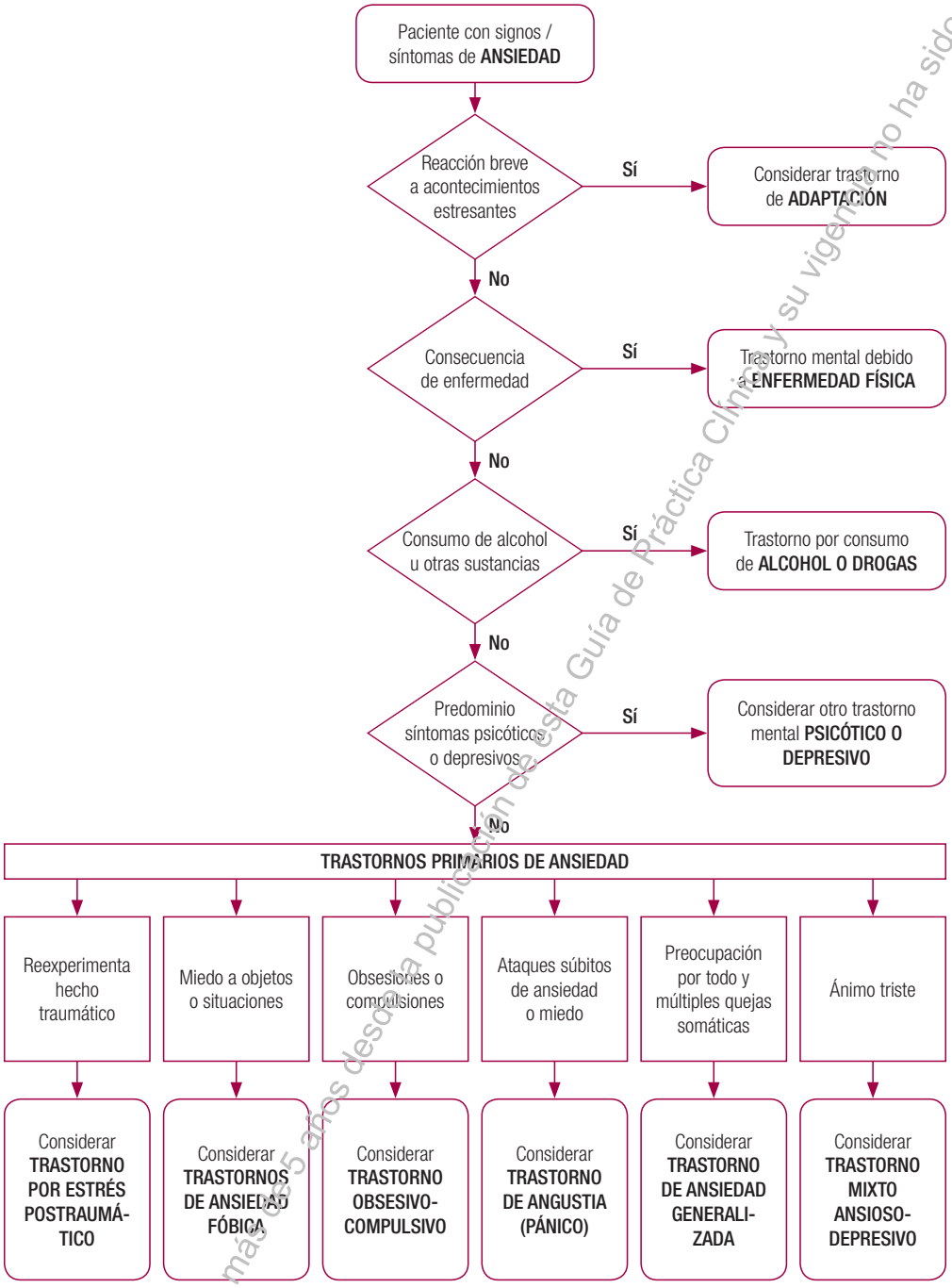
√	La información al paciente debería formar parte del manejo integral de los trastornos de ansiedad en el nivel de Atención Primaria.
D	Se debe proporcionar al paciente, y cuando sea apropiado a la familia, información basada en la evidencia, sobre sus síntomas, las opciones de tratamiento y las posibilidades 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.

5.4. Algoritmo diagnóstico

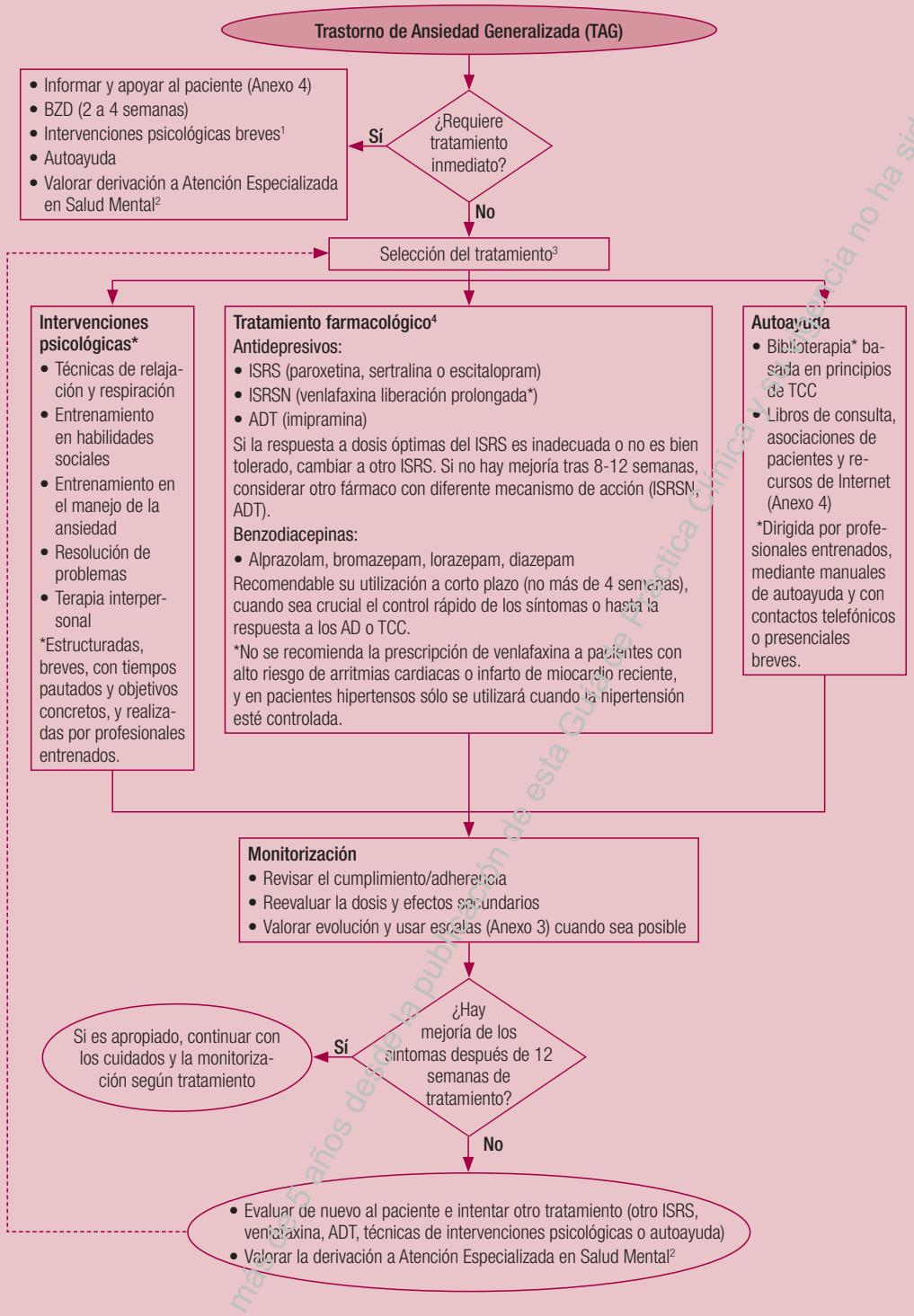
Como orientación inicial, ante un paciente con síntomas de ansiedad, se presenta el siguiente algoritmo diagnóstico:



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.

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:

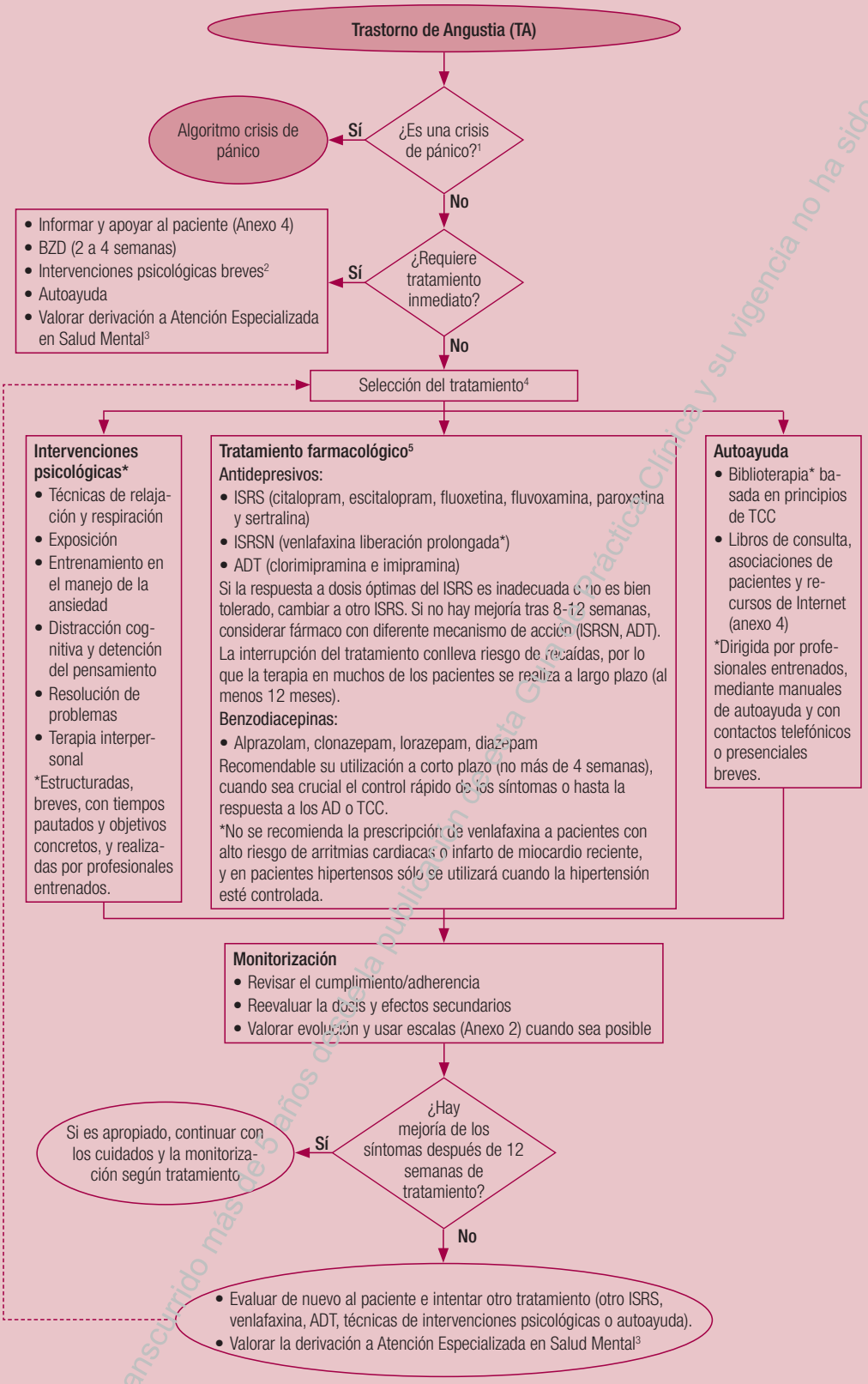
- Posibles efectos secundarios*
- Posibles síntomas de abstinencia tras interrupción
- No inmediatez del efecto
- Duración
- Necesidad de cumplimiento

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:

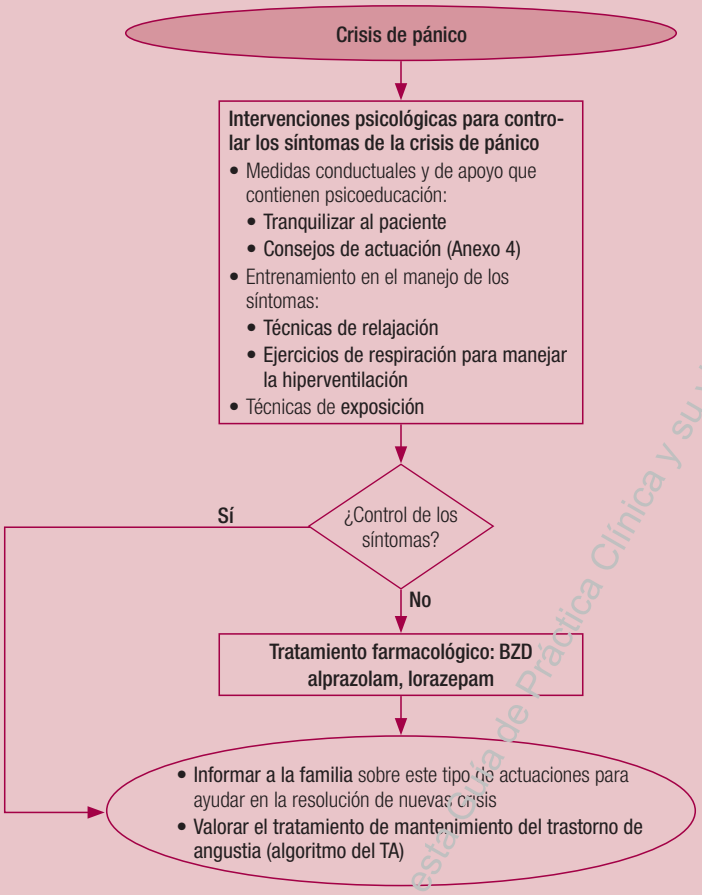
- Posibles efectos secundarios*
- Posibles síntomas de abstinencia tras interrupción
- No inmediatez del efecto
- Duración
- Necesidad de cumplimiento

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.