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.**

DOCUMENTO METODOLÓGICO

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

Descripción de la metodología de elaboración empleada en 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. 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.

-INDICE-

1.- INTRODUCCIÓN

2.- MÉTODOS

2.1. Grupo elaborador de la guía

2.2. Delimitación del alcance y objetivos

2.3. Formulación de preguntas clínicas

2.4. Búsqueda bibliográfica, evaluación y selección de la información

2.5. Formulación de recomendaciones

2.6. Elaboración preliminar de la guía

2.7. Revisión externa

3.- RESULTADOS METODOLÓGICOS

3.1. Análisis de la investigación cualitativa

3.2. Preguntas clínicas

3.3. Resultados de la estrategia de búsqueda

ANEXOS

Anexo 1. Cuestionario sobre trastornos de ansiedad para los profesionales sanitarios

Anexo 2. Preguntas que aborda la guía en formato paciente/intervención/resultado (PIO)

Anexo 3. Tablas de guías de práctica clínica

Anexo 4. Niveles de evidencia y grados de recomendación (SIGN)

Anexo 5. Glosario y abreviaturas

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

1.- INTRODUCCIÓN

En este documento se hace una descripción metodológica de las acciones y procedimientos que ha sido necesario realizar para alcanzar las metas y objetivos de la Guía de Práctica clínica (GPC) para el manejo de pacientes con trastornos de ansiedad en Atención Primaria. La GPC *completa* 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. Además, existe una guía *rápida* con las recomendaciones y algoritmos principales y un *folleto* informativo para pacientes, tanto en edición impresa como en las páginas web citadas.

Los principios metodológicos utilizados han sido los definidos en el 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. Se encuentran recogidos en el manual metodológico de elaboración de GPC, disponible también en las páginas web ya mencionadas.

Para llevar a cabo dicha metodología, en la elaboración de la guía de ansiedad, se han seguido diferentes etapas. Estas etapas incluyen la configuración de un grupo de trabajo, la delimitación del alcance y objetivos, la formulación de preguntas clínicas relevantes a incluir, la búsqueda bibliográfica y evaluación crítica de publicaciones y síntesis de la información, la formulación de recomendaciones, la elaboración preliminar de la guía y la revisión externa de ésta. Se han utilizado tanto técnicas cuantitativas como cualitativas.

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

2.- MÉTODOS

El desarrollo de la GPC de ansiedad ha comprendido una serie de fases que se describen a continuación:

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

2.1. GRUPO ELABORADOR DE LA GUÍA

• Se constituyó un grupo de trabajo multidisciplinar que representa a los profesionales implicados de los niveles de Atención Primaria y Atención Especializada, y dos técnicos de la Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (UETS).

El grupo de trabajo fue coordinado por la Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (UETS) e incluye, además de los técnicos de la UETS, médicos de Familia, enfermeras de Atención Primaria, trabajador social, psiquiatras, psicólogos, enfermera especialista en Salud Mental; 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.

Todos los componentes del grupo han participado en diferentes fases de la elaboración de la guía.

• Se formó un subgrupo, con el paciente y otros miembros del grupo de trabajo de la guía, para la elaboración de la información dirigida al paciente

• Para la elaboración de la guía se contactó 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 también se contactó con varias asociaciones de pacientes y familiares: Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES), Federación Madrileña de Asociaciones Pro Salud Mental (FEMASAN) y Asociación Madrileña de Pánico y Agorafobia (AMADAG).

• Todas las sociedades citadas anteriormente están representadas por alguno de los miembros del grupo elaborador o de los revisores externos.

2.2. DELIMITACIÓN DEL ALCANCE Y OBJETIVOS

• En la consecución de la delimitación del alcance y los objetivos de la guía se afrontó la tarea de conocer el contexto en el que conviven los pacientes con trastornos de ansiedad.

Para poder llevarlo a cabo se obtuvo información desde dos perspectivas diferentes: la de los profesionales sanitarios que los atienden, ofreciendo información sobre los pacientes que acuden a sus consultas, y la de los propios pacientes, dándole sentido a sus experiencias de salud y enfermedad. De esta forma se ha querido incluir en la guía la visión social de esta enfermedad.

• La metodología manejada se ha centrado en la utilización de dos tipos de técnicas cualitativas fundamentales, las de observación-participación y las de conversación. Del primer tipo se ha usado el recurso de la observación participante. Del segundo se ha recurrido a la entrevista en profundidad y al grupo de discusión.

• Como complemento a las técnicas cualitativas se ha utilizado, además, un cuestionario preparado expresamente para médicos de Familia, psiquiatras y psicólogos. (Anexo 1).

• El análisis e interpretación de los discursos obtenidos con la investigación cualitativa, se presentan en el apartado 3.1. de resultados. Se ha hecho una interpretación de los relatos centrada en los temas o asuntos de interés de los propios pacientes, y se presentan los resultados estructurados por campos de análisis.

Entrevista en profundidad y observación participante con profesionales sanitarios

• Se contactó con varios profesionales, tanto de Atención Primaria (médicos de Familia), como de Atención Especializada (psiquiatras y psicólogos), con los que se utilizaron los recursos de la observación participante y las entrevistas en profundidad.
• Para localizar a estos profesionales, se seleccionaron 4 Áreas de Salud de la Comunidad de Madrid (área 1, área 6, área 7 y área 9). Los criterios de selección utilizados han sido: heterogeneidad, accesibilidad, representación.

La heterogeneidad se traduce en la elección de áreas contrapuestas desde el punto de vista geográfico. La accesibilidad tiene que ver con "consideraciones pragmáticas" y con la consideración de los "recursos disponibles". La representación se refiere a la elección, en terminología de muestreo, de cuatros puntos de muestreo. De esta forma se han seleccionado al azar cuatro casos individuales en el área 9, dos en el área 7, dos en el área 6 y cinco en el área 1.

• Para ser utilizado como guión orientativo y ayudar a economizar tiempo en la realización de las entrevistas en profundidad, se utilizó también una herramienta cuantitativa. Se preparó un cuestionario que facilitara la obtención de respuestas (anexo 1). El interés estaba en preguntar a los profesionales sobre la percepción de la enfermedad por parte de los pacientes. Se recogió así información sobre las condiciones sociales, demográficas, de salud, recorrido asistencial y tratamiento de los pacientes con trastornos de ansiedad que son atendidos por los profesionales sanitarios.

Ha transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y se valora si su vigencia no ha sido revisada

• Las variables utilizadas se estructuraron en los apartados siguientes:

A. PERFIL DEL PACIENTE CON TRASTORNOS DE ANSIEDAD

a. Variables Sociodemográficas

- El género y la edad de la ansiedad

b. Estado De Salud

- Clasificación de los trastornos de ansiedad
- Gravedad
- Duración del tratamiento
- Influencia social: Contexto familiar
- Percepción de la enfermedad

B. VALORACIÓN DEL PROCESO ASISTENCIAL

a. Aspectos De La Práctica Diaria

- Duración de las consultas
- Tipo de tratamiento
- Confianza en el tratamiento
- Nivel de recurrencia
- Información para el paciente

b. Recorrido Asistencial

- Relación, comunicación entre AP y AE
- Derivación. Rapidez del proceso asistencial

C. SUGERENCIAS

Grupo de discusión con pacientes de ansiedad

• En una de las primeras fases de la elaboración de la Guía, se preparó un grupo de discusión con pacientes que voluntariamente participaron, para expresar libremente sus intereses en el manejo de esta enfermedad.

• Se ha buscado una representación tipológica y socio-estructural de las Áreas de Salud de la Comunidad de Madrid. Para ello se reunió a seis pacientes, atendiendo a dos tipos de representatividad. Por un lado representan a las diferentes áreas ya señaladas en el apartado de las entrevistas en profundidad y por otro a los trastornos de ansiedad que se recogen en la guía, es decir, trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de angustia con o sin agorafobia.

• El objetivo era buscar la máxima información posible sobre las experiencias de los pacientes con la enfermedad y su relación con el sistema sanitario, pero no llegar a una evaluación de esta relación.

• La captación de los pacientes fue posible gracias a la colaboración de los especialistas sanitarios que participaron en las entrevistas descritas anteriormente así como la de profesionales que trabajan en la Asociación Madrileña de Pánico y Agorafobia.

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

• La estructura analítica se basó en los siguientes temas:

A. *APRENDIENDO A CONVIVIR CON LA ANSIEDAD. LA EXPERIENCIA DE LA ENFERMEDAD.*
B. *EL INSTINTO DE SUPERVIVENCIA HUMANO.*
C. *IMPORTANCIA DEL SISTEMA SOCIAL DEL PACIENTE.*
D. *EXPECTATIVA SOCIAL.*
E. *IDENTIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD.*
F. *DURACIÓN DE LA ENFERMEDAD.*
G. *LA IMAGEN DE LA RECAÍDA.*
H. *LA MEMORIA SELECTIVA COMO RESPUESTA AL ATAQUE DE PÁNICO.*
I. *NECESIDAD DE ALTERNATIVAS TERAPEÚTICAS.*
J. *EXPECTATIVAS: DIMENSIÓN TEMPORAL FUTURA.*

2.3. FORMULACIÓN DE PREGUNTAS CLÍNICAS

• Para la formulación de las preguntas clínicas se llevó a cabo un taller presencial de trabajo dirigido al grupo elaborador. En dicho taller se contó con la colaboración de un metodólogo externo al grupo.

• Se preparó un listado de preguntas clínicas. Una vez seleccionadas aquellas a incluir en la guía (apartado 3.2. de resultados) se reformularon siguiendo el formato **P**aciente/**I**ntervención/**C**omparación/**O**utcome o resultado (PICO). (Anexo 2).

• Las preguntas se dividieron en seis apartados:

1) definición, manifestaciones clínicas y clasificaciones; 2) criterios diagnósticos; 3) tratamiento; 4) información/comunicación al paciente; 5) estrategias diagnósticas y terapéuticas; 6) difusión e implementación

2.4. BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA, EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

• La metodología seguida comprende, en primer lugar, la realización de una búsqueda de guías de práctica clínica, revisiones sistemáticas, metaanálisis e informes de evaluación. Posteriormente se realizó una búsqueda ampliada de estudios primarios.

• Las búsquedas se realizan limitando los idiomas a español, inglés y francés, la población de estudio a personas adultas, y limitando el año de publicación solamente para los

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

estudios primarios.

• Se llevó a cabo una lectura crítica de los estudios y se evaluó su validez interna y externa.

• Se hizo una selección de la información, sintetizando cualitativamente la evidencia científica encontrada y se clasificó dicha evidencia.

• Los resultados de la estrategia de búsqueda completa se reflejan en el apartado 3.3. de resultados.

Búsqueda de guías

• En primer lugar se realizó una búsqueda para localizar guías de práctica clínica (GPC) para el manejo de pacientes con trastornos de ansiedad.

• Las GPC se buscaron tanto en los organismos nacionales como en los internacionales (páginas Web de organismos elaboradores y recopiladores de GPC), así como en centros de metodología y bases de datos generales (Medline, Embase, Pascal Biomed y CINAHL). La última búsqueda se realizó en Julio de 2007.

Estrategia de búsqueda de guías

A nivel nacional, las fuentes manejadas han sido las siguientes:

- Guía salud (http://www.guiasalud.es), Guías de Actuación Clínica en Atención Primaria de la Comunidad Valenciana (http://www.san.gva.es), Guies de pràctica clinica del Institut Català de la Salut (http://www.gencat.net), Directorio de Guías Clínicas de Rafa Bravo (http://www.infodoctor.org/rafabravo/guidelines.htm), Guías de Práctica Clínica para profesionales de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG Y SESPG) (http://www.segg.es) y en el buscador de Fisterra (http://www.fisterra.com).

A nivel internacional, las fuentes utilizadas han sido las siguientes:

- National Guideline Clearinghouse (NGC) (http://www.guideline.gov), NeHL Guidelines Finder de la National Electronic Library for Health (NHS) (http://libraries.nelh.nhs.uk/guidelinesFinder) y TRIP database (http://www.tripdatabase.com), utilizando la estrategia de búsqueda "anxiety" OR "panic" OR "agoraphobia".
- Guidelines Advisory Committee (GAC) (http://gacguidelines.ca) con la opción de "anxiety".
- Canadian Medical Association (CMA INFOBASE). Clinical practice guidelines (htpp://mdm.ca/cpgsnew/cpgs/index.asp), buscando en Title & Abstract: "anxiety"

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

OR "panic" OR "agoraphobia" y con términos MeSH, término por término (anxiety OR anxiety disorders; panic OR panic disorder; agoraphobia;).

- Otros recursos utilizados fueron:
  National Institute of Mental Health (NIMH) (http://www.nimh.nih.gov), New Zealand Guidelines Group (NZGG) (http://www.nzgg.org.nz), The Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) (http://www.sing.ac.uk), National Institute for Clinical Excellence (NICE) (http://www,nice.org.uk), Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI) (http://www.icsi.org), Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ) (http://www.ahrq.gov), Alberta Medical Association Clinical Practice (AMA) (http://www.albertadoctors.org/bcm/ama), American College of Physicians (ACP) (http://www.acponline.org), Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTFPHC) (http://www.ctfphc.org), Guidelines International Network (GIN) (http://www.g-i-n.net/). En estos organismos la búsqueda se realizó por temas.

La búsqueda ampliada a las bases de datos generales fue la siguiente:

▪ Medline. La estrategia de búsqueda ha sido:

((“Practice guideline” [Publication Type] OR “practice Guideline” [MeSH])) AND “Anxiety Disorders” [MeSH].

▪ Embase. La estrategia de búsqueda ha sido:

1 Anxiety Disorder/
2 Generalized Anxiety Disorder/
3 Panic/
4 Agoraphobia/
5 1 OR 2 OR 3 OR 4
6 Practice guideline/
7 Clinical practice guideline.mp.
8 Total Quality Management/
9 6 OR 7 OR 8
10 5 AND 9

▪ Pascal Biomed. La estrategia de búsqueda ha sido:

1 Anxiety disorder.mp. [mp=abstract, descriptors - english, descriptors - french, descriptors - spanish, heading words, identifiers - english, identifiers - french, identifiers - spanish, title, translated title]

2 Generalized anxiety disorder.mp. [mp=abstract, descriptors - english, descriptors - french, descriptors - spanish, heading words, identifiers - english, identifiers - french, identifiers - spanish, title, translated title]

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

3 Panic.mp. [mp=abstract, descriptors - english, descriptors - french, descriptors - spanish, heading words, identifiers - english, identifiers - french, identifiers - spanish, title, translated title]
4 Agoraphobia.mp. [mp=abstract, descriptors - english, descriptors - french, descriptors - spanish, heading words, identifiers - english, identifiers - french, identifiers - spanish, title, translated title]
5 1 OR 2 OR 3 OR 4
6 Practice guideline.mp. [mp=abstract, descriptors - english, descriptors - french, descriptors - spanish, heading words, identifiers - english, identifiers - french, identifiers - spanish, title, translated title]
7 Clinical practice guideline.mp. [mp=abstract, descriptors - english, descriptors - french, descriptors - spanish, heading words, identifiers - english, identifiers - french, identifiers - spanish, title, translated title]
8 Total quality management.mp. [mp=abstract, descriptors - english, descriptors - french, descriptors - spanish, heading words, identifiers - english, identifiers - french, identifiers - spanish, title, translated title]
9 Practice guidelines.mp. [mp=abstract, descriptors - english, descriptors - french, descriptors - spanish, heading words, identifiers - english, identifiers - french, identifiers - spanish, title, translated title]
10 Clinical practice guidelines.mp. [mp=abstract, descriptors - english, descriptors - french, descriptors - spanish, heading words, identifiers - english, identifiers - french, identifiers - spanish, title, translated title]
11 6 OR 7 OR 8 OR 9 OR 10
12 5 AND 11

- CINAHL. La estrategia de búsqueda ha sido:

1 Anxiety disorders/ or panic disorder/
2 Generalized anxiety disorder.mp.
3 Agoraphobia/
4 "Panic attacks".mp
5 1 OR 2 OR 3 OR 4
6 Practice Guidelines/
7 Clinical practice guidelines.mp.
8 Total quality management.mp.
9 6 OR 7 OR 8
10 5 AND 9

Criterios de selección

Mediante la estrategia de búsqueda descrita se recuperaron todas las referencias bibliográficas disponibles. Posteriormente, se seleccionaron las guías a partir de los

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

siguientes criterios:

- Se incluyeron aquellas guías cuyo alcance y objetivos eran semejantes a los establecidos para esta guía.
- Se excluyeron aquellas guías que habían sido retiradas por sus organismos elaboradores, por haberse quedado obsoletas.
- Se excluyeron aquellas guías para el manejo de pacientes con población tipo infantil y adolescente.
- Se excluyeron aquellas guías con un bajo nivel metodológico de calidad o que no fueran realmente guías de práctica clínica.

• Con las guías seleccionadas se utilizó el instrumento AGREE (Appraisal of Guidelines Research and Evaluation). Cada guía obtiene una puntuación que valora cada uno de los ítem y áreas del instrumento AGREE. Las guías "muy recomendadas" eran las que obtenían puntuaciones superiores al 60% en la mayoría de las áreas, las guías "recomendadas" las que obtenían una puntuación entre 30-60% y las "guías no recomendadas" las que no llegaban a la puntuación del 30%.

Búsqueda de revisiones sistemáticas, metaanálisis e informes de evaluación

• Se buscaron revisiones sistemáticas sobre los trastornos de ansiedad definidos en el alcance de la guía (trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de angustia). La búsqueda se realizó a través de la Cochrane Plus, en la Base de datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas, Database Abstracts of Reviews Efects (DARE) y Health Technology Assessment Database (HTA). También se buscó en la base de datos de Clinical Evidence.
• Se hizo una búsqueda de informes de evaluación en las diferentes agencias de evaluación de tecnologías sanitarias españolas, a través de sus páginas web, y en agencias de evaluación de otros países mediante la base de datos de la INAHTA (International Network of Agencies for Health Technology Assessment-Red Internacional de Agencias de Evaluación de Tecnologías) en la HTA database. En las agencias españolas la búsqueda se realizó por temas.

Estrategia de búsqueda de revisiones sistemáticas, metaanálisis e informes de evaluación

▪ Cochrane Plus. La estrategia de búsqueda ha sido:

Trastorno de ansiedad generalizada

- Anxiety disorders (término Mesh) (expandir todos los árboles)
- Generalized NEXT anxiety NEXT disorder (término libre)
- Trastorno NEXT ansiedad (término libre)
- Ansiedad NEXT generalizada (término libre)

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

- Anxiety:ti OR ansiedad: ti

Trastorno de angustia

- Anxiety disorders (término Mesh) (expandir todos los árboles)
- Panic disorder (término Mesh) OR Panic disorder (término libre)
- Agoraphobia (término Mesh) OR Agoraphobia (término libre)
- Panic NEXT disorder (término libre)
- Panic NEXT attacks (término libre)
- Trastorno NEXT pánico (término libre)
- Trastorno NEXT angustia (término libre)
- Anxiety:ti OR ansiedad.ti
- Panic:ti OR agorafobia:ti OR pánico: ti OR angustia:ti

Crisis de pánico/ataque de pánico

- Anxiety disorders (término Mesh) (expandir todos los árboles)
- Panic NEXT attacks (término libre)
- Panic NEXT attack (término libre)
- Crisis NEXT pánico (término libre)
- Ataque NEXT pánico (término libre)
- Crisis NEXT de NEXT angustia (término libre)
- Panic:ti OR Attacks:ti OR Pánico:ti OR angustia:ti
- Panic:ti AND attacks:ti

En Clinical Evidence y en las agencias de evaluación de tecnologías sanitarias la estrategia de búsqueda ha sido por temas.
La fecha de la última búsqueda se realizó en julio de 2007.

Evaluación y selección de revisiones sistemáticas, metaanálisis e informes de evaluación

• Para la tarea de lectura crítica se han utilizado los listados de comprobación (checklist) propuestos por SIGN. Se seleccionan aquellos documentos que responden a nuestro alcance y objetivos y que están relacionados con nuestras preguntas. Finalmente se resume la evidencia para cada pregunta, siguiendo las recomendaciones de SIGN.

Búsqueda de estudios primarios

• Se realizó una búsqueda de estudios primarios (ensayos clínicos, estudios observacionales, estudios de pruebas diagnósticas y de pronóstico), publicados sobre trastornos de ansiedad en el ámbito de la Atención Primaria y en relación con las preguntas de investigación a responder en la guía, dentro de la literatura biomédica presente en diferentes bases de datos: Medline, Embase, PsycINFO, The Cochrane Central Register of

Han transcurrido más de 3 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Controlled Trials (CENTRAL) y NHS Economic Evaluation Database (NHS EED), a través de la Cochrane Plus y en la base de datos del Centro de Información y Documentación Científica del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CINDOC).

• La búsqueda se complementó recuperando y revisando críticamente aquellos estudios, incluidos en las revisiones, que resultaban más relevantes.

La fecha de la última búsqueda se realizó en Octubre de 2007.

• Además se han buscado aportaciones realizadas por grupos de investigación dedicados a estos trastornos, como el Mood and Anxiety Disorders Research Group de la Universidad de Manitoba (Canadá).

• Por último, los propios miembros del grupo elaborador aportaron bibliografía adicional que fue contrastada con la bibliografía previamente encontrada.

Criterios de inclusión

Se incluyeron los estudios que presentaban las características definidas a continuación:

Ámbito

Estudios circunscritos al ámbito de Atención Primaria y Atención Especializada.

Población

Pacientes adultos con trastornos de ansiedad como diagnóstico primario.

Para obtener información sobre la seguridad de las benzodiacepinas y los antidepresivos en los fetos/neonatos durante el embarazo, se han incluido mujeres expuestas a dichos fármacos.

Intervención

Se incluyen:

- estudios que evalúan intervenciones para prevenir el desarrollo de trastornos de ansiedad en pacientes con síntomas de ansiedad.
- estudios sobre tratamiento farmacológico y tratamiento no farmacológico que abordan opciones de comparación, combinación, efectividad a corto y largo plazo e intensificación de los tratamientos.
- estudios que contengan intervenciones sobre información y comunicación a los pacientes y/o familiares.

Diseño de estudios

Ensayos clínicos, estudios de cohortes, estudios de casos y controles, estudios descriptivos y estudios de investigación cualitativa.

Criterios de exclusión

Estudios con población infantil y adolescente.

Estudios realizados a pacientes con trastorno mixto ansioso-depresivo.

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

Estudios con datos agregados en los que no se especifican resultados para cada trastorno de ansiedad.

Trabajos que describen el mismo estudio y grupo de pacientes, dando los mismos resultados en momentos temporales diferentes en el estudio.

Estrategia de búsqueda de estudios primarios

Medline

- ("Primary Health Care"[Mesh] OR "Physicians, Family"[Mesh] OR "Primary Nursing Care"[Mesh] OR "Family Practice"[Mesh]) AND (("Anxiety Disorders"[Mesh]) OR ("Anxiety"[Mesh])).
- ("Primary Health Care"[Mesh] OR "Physicians, Family"[Mesh] OR "Primary Nursing Care"[Mesh] OR "Family Practice"[Mesh]) AND (("Anxiety Disorders"[Mesh]) OR ("Anxiety"[Mesh])) AND ("Behavior Therapy"[Mesh]).
- ("Primary Health Care"[MeSH] OR "Primary Nursing Care"[MeSH] OR "Family Practice"[MeSH] OR "physicians, family"[MeSH] OR "family physician*"[All Fields] OR "generalist*"[All Fields] OR "general practitioner*"[All Fields] OR "primary care physician*"[All Fields] OR "primary care"[All Fields] OR "primary healthcare*"[All Fields] OR "general practice*"[All Fields] OR "family practice*"[All Fields]) AND ("panic"[MeSH] OR "panic disorder"[MeSH]OR "panic attack*"[All Fields]).
- ("Panic Disorder/drug therapy"[Mesh] OR "Panic Disorder/therapy"[Mesh] OR "panic attack"[all fields])
  Limits: published in the last 10 years
- ("Serotonin Uptake Inhibitors/adverse effects"[Mesh] OR "Antidepressive Agents/adverse effects"[Mesh]) AND "Pregnancy"[Mesh]
  Límites: Meta-Analysis, Review
- "Benzodiazepines/adverse effects"[Mesh] AND ("Pregnancy"[Mesh])
- ("Anxiety"[Mesh] OR "Anxiety Disorders"[Mesh] OR "Panic"[Mesh] OR "Panic Disorder"[Mesh] OR "Agoraphobia"[Mesh]) AND ("Plant Extracts"[Mesh] OR "Medicine,Herbal"[Mesh] OR "Herb-Drug Interactions"[Mesh] OR "Kava"[Mesh] OR "Valerian"[Mesh] OR "Passifloraceae"[Mesh] OR "Hypericum"[Mesh])
  Límites: published in the last 10 years Clinical Trial, Meta-Analysis, Randomized Controlled Trial, Review, Clinical Trial, Phase I, Clinical Trial, Phase II, Clinical Trial, Phase III, Clinical Trial, Phase IV, Comparative Study
- ("Anxiety"[Mesh] OR "Anxiety Disorders"[Mesh] OR "Panic"[Mesh] OR "Panic Disorder"[Mesh] OR "Agoraphobia"[Mesh]) AND ("Bibliotherapy"[Mesh] OR "Self Care"[Mesh] OR "Self-Help Groups"[Mesh] OR "Self-Management"[All fields])
  Límites: published in the last 10 years, Clinical Trial, Meta-Analysis, Randomized

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

Controlled Trial, Review, Clinical Trial, Phase I, Clinical Trial, Phase II, Clinical Trial, Phase III, Clinical Trial, Phase IV, Comparative Study

Embase

- 1 Anxiety Disorder/
- 2 Generalized Anxiety Disorder/
- 3 Panic/
- 4 Agoraphobia/
- 5 1 OR 2 OR 3 OR 4
- 6 Primary Health Care/ OR primary health.mp. OR Primary Medical Care/
- 7 Cognitive Therapy/ OR Behavior Therapy/ OR cognitive behavior therapy.mp.
- 8 5 AND 6 AND 7

- 1 Panic OR panic disorder.mp. /
- 2 Agoraphobia OR agoraphobia.mp. /
- 3 panic attack.mp.
- 4 panic attacks.mp.
- 5 1 OR 2 OR 3 or 4
- 6 primary health care.mp. OR Primary Health Care/
- 7 primary medical care.mp. OR Primary Medical Care/
- 8 6 OR 7
- 9 5 AND 8

- 1 Anxiety Disorder/
- 2 Generalized Anxiety Disorder/
- 3 Panic/
- 4 1 OR 2 OR 3
- 5 Kava Extract/ OR Kava/
- 6 Valerian/
- 7 Passiflora/
- 8 Hypericum/
- 9 Herbal Medicine/
- 10 Plant Extract/
- 11 Herb Drug Interaction/
- 12 5 OR 6 OR 7 OR 8 OR 9 OR 10 OR 11
- 13 4 AND 12
- limit 13 to (yr="1998 – 2008" and (adult <18 to 64 years> or aged <65+ years>))

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

- 1 Anxiety Disorder/
- 2 Generalized Anxiety Disorder/
- 3 Panic/
- 4 1 OR 2 OR 3
- 5 Self Help/
- 6 Self Care/
- 7 5 OR 6
- 8 4 AND 7
- 9 limit 8 to (human and yr="2003 - 2008)

CINDOC (Centro de Información y Documentación Científica del Consejo Superior de Investigaciones Científicas)

La búsqueda se ha realizado en todas las Bases de datos de sumarios: ICYT, ISOC, IME e ISOC. Se han realizado una búsqueda simple y otra por campos. La estrategia de búsqueda ha sido:

- Ansiedad
- Trastornos de ansiedad
- Trastorno de angustia
- Ansiedad generalizada
- Crisis de pánico
- Ataque de pánico
- Ansiedad – título
- Ansiedad – título Y tratamiento -título

La fecha de la última búsqueda se realizó en Octubre de 2007.

2.5. FORMULACIÓN DE RECOMENDACIONES

• La clasificación de la evidencia y la graduación de las recomendaciones se han realizado con el sistema de SIGN (Anexo 4).

• La formulación de recomendaciones se ha basado en la "evaluación formal" o "juicio razonado", resumiendo la evidencia para cada una de las preguntas. 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.

2.6. ELABORACIÓN PRELIMINAR DE LA GUÍA

• La documentación seleccionada se entregó al grupo de trabajo en forma de borrador de la guía para su revisión. El grupo de trabajo analiza cada apartado de la guía y propone las modificaciones con un enfoque integral de atención. Las recomendaciones fueron sometidas a un consenso en el grupo, utilizando la experiencia para contextualizar, al ámbito de Atención Primaria, las recomendaciones del documento final.

2.7. REVISIÓN EXTERNA

• Para aumentar la validez externa de la guía y asegurar la exactitud de sus recomendaciones se llevó a cabo una fase de revisión externa de la guía independiente. La tarea se realizó cuando ya estaba disponible el borrador final.

• La revisión externa tuvo un carácter multidisciplinar con profesionales que destacaban por su conocimiento sobre la metodología en la elaboración de guías, la patología abordada y el ámbito de aplicación. Entre los revisores se incluyó un psiquiatra, un médico de Familia, un farmacéutico, un representante de asociaciones de pacientes y un psicólogo, que a su vez formaba parte de otra asociación de pacientes.

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

3.- RESULTADOS METODOLÓGICOS

3.1. ANÁLISIS DE LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

• La investigación cualitativa, realizada durante la elaboración de esta guía de práctica clínica, ha sido sumamente útil a la hora de enfocar y orientar el alcance y los objetivos de la misma. Incorpora un enfoque nuevo en el proyecto, en la medida en que da cuenta de la perspectiva de uno de los agentes principales implicados en el proceso de los trastornos de ansiedad, la de los pacientes.

• A continuación se presentan los resultados estructurados por campos de análisis. Se han definido según los temas o asuntos de interés de los propios pacientes.

ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD CON PROFESIONALES SANITARIOS

Con la utilización de esta técnica la información recogida nos permitió obtener el perfil del paciente y la valoración que este tiene del proceso asistencial.

Campos de análisis del discurso

El género y la edad de la ansiedad

La Ansiedad tiene género: Femenino.

La Ansiedad tiene edad: entre 35 y 49 años.

Se encuentran, sin embargo, pacientes con ansiedad en todas edades y cada una con características diferentes:

- En los más jóvenes influye más la sobrecarga laboral.
- La evolución de esta sobrecarga pasa por lo que hemos llamado agotamiento físico-intelectual; manifestación que hemos identificado con la palabra "Surmenage", de origen francés.
- Cuando llegamos a la franja de edad con más prevalencia nos encontramos en lo que se denomina la etapa vital del individuo: cambio a la madurez.
- De ésta se va acercando la paciente a la premenopausia y al cambio físico y psíquico que supone. Aparecen también en ocasiones las distimias.
- Cerca de los 50 años encontramos el "Síndrome del nido vacío".
- Y si hablamos de edades más avanzadas, los casos de ansiedad pura van desapareciendo y dan paso al predominio de la comorbilidad con la depresión.

Han transcurrido más de 4 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Trastornos más frecuentes

Salud Mental en Atención Especializada utiliza las clasificación de la DSM-IV, pero Atención Primaria usa o bien la DSM-IV o la CIE-10.

Según Atención Especializada los trastornos más frecuentes son los siguientes:

- Trastorno de ansiedad generalizada.
- Trastorno de angustia con o sin agorafobia.
- Fobia específica.
- Trastorno por estrés postraumático.

En Atención Primaria se habla más de síntomas que de trastornos y lo que predomina es:

- el estado de ansiedad.
- los trastornos adaptativos con estado ansioso.

Gravedad y duración del tratamiento

Si hablamos de la gravedad que presentan los pacientes que acuden a consulta con trastornos de ansiedad la escala preparada en el cuestionario los presenta como moderadamente enfermos.

La duración del tratamiento dependerá del cuadro de síntomas. En Atención Primaria, si es específico, puede durar alrededor de un año.

En Atención Especializada, el periodo se amplía entre 1 y 3 años.

Influencia social: contexto familiar

En este apartado, nuestra pregunta tenía el propósito de valorar el peso de los antecedentes familiares en los pacientes. La conclusión obtenida ha sido que más que hablar de antecedente familiar hay que hacerlo de influencia del contexto familiar.

- Infancia con ambiente angustioso ↔ Respuesta con aprendizaje familiar
- Padres protectores conllevan falta de comunicación familiar
- A veces se acude a la consulta y se echa mano del efecto "Tapadera" ("*ya que estoy aquí*"), y detrás subyacen problemas importantes en madres e hijas.

Percepción de la enfermedad

Los pacientes con trastornos de ansiedad responden con mucha preocupación ante la enfermedad. Hay, sin embargo, diferentes apreciaciones:

- Síndrome de "La primera vez" de la Crisis/ataque de pánico.
- Cuadros de somatización que confunden y enmascaran.
- "Ansiedad anticipatoria". Cuando se es un paciente crónico.

Duración de las consultas

La percepción del tiempo real que puede dedicarse al paciente es uno de los handicaps más

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

recurrentes de la asistencia sanitaria. Se hace manifiesta la necesidad de poder disponer de más tiempo para la atención de estos pacientes. En cada nivel asistencial se definen pautas diferentes.

En Atención Primaria:

- Se procura que a estos pacientes se les den dos o tres huecos en la cita.
- Para contrarrestar la falta de tiempo se les vuelve a citar otro día.
- "No hay tiempo solo para escucharlo siquiera".

En Atención Especializada:

- No hay más tiempo posible.
- Hay pocos psicólogos y los pacientes aumentan.
- El tiempo es suficiente pero limitando el número de pacientes.
- Habría que comenzar antes la psicoterapia.
- Si se tuviera más tiempo se darían menos fármacos.

Tipo de tratamiento

En Atención Primaria.

Se tiene:

- Solo medicación y a veces hay que ofrecer alternativas en asistencia privada y asistencia municipal.
- Labor de contención. No hay medios para otro tipo de asistencia.

Se quiere:

- Medicación y psicoterapia.
- Utilidad de la trabajadora social.
- Terapia interpersonal (TIP).

En Salud Mental:

Se tiene y se quiere:

- Medicación y terapia cognitivo-conductual.

Confianza en el tratamiento

- En general los pacientes tienen mucha confianza en el tratamiento.
- La confianza se adquiere cuando se ve que la primera medicación alivia y hace mejorar.
- En Atención Primaria hay preocupación por la adicción a las pastillas.

Nivel de recurrencia

En Atención Primaria:

- Hay recurrencia alta.

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

- Depende de la predisposición de los pacientes y de los profesionales y de la falta de psicoterapia.

En Salud Mental:

- Hay recurrencia baja, media y alta.
- Si existiera más psicoterapia la cosa cambiaría.

Información para el paciente

Es conveniente que el paciente disponga de más información:

- En crisis de pánico.
- Para no "tirar" tanto de la medicación.
- Para cambiar los hábitos de vida.
- Para manejar la frustración.
- "Decálogo para tenerlo claro". Como sucede por ejemplo para los diabéticos.

Relación, comunicación entre Atención Primaria y Atención Especializada

Hablar de la relación de continuidad de la asistencia, de cómo es la comunicación entre los dos niveles y de la existencia o no de la posibilidad de interconsulta entre Atención Primaria y Atención Especializada conlleva realizar un diagnóstico de las necesidades existentes dentro de la Asistencia Sanitaria Pública.

En Atención Primaria:

- Se necesitan más psicólogos.
- No es lo normal pero la relación y la comunicación es muy buena.
- Los de Atención Especializada no tienen tiempo.

En Salud Mental:

- Hay problemas por las dos partes.
- Depende de la formación del médico de Atención Primaria.
- Los de Atención Primaria no tienen tiempo.

Derivación. Rapidez proceso asistencial

Hablamos de:

- Un mes
- Dos meses
- Tres meses …

Como el tiempo que la mayoría de las veces se necesita para que se produzca la derivación de Atención Primaria a Atención Especializada:

"A los de Salud Mental no les gustan los menos graves".

"Son preferentes los psicóticos".

"No se puede antes".

"El médico de Familia sabe que fármacos debe administrar hasta que los pacientes puedan

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

venir aquí, a especializada".

Sugerencias

Las sugerencias que han realizado los profesionales han sido:
- Es difícil separar la somatización.
- La ansiedad es un síntoma de muchas otras historias o patologías.
- El trastorno de ansiedad puro no es fácil encontrarlo.
- Alta prescripción de medicamentos.
- Es necesaria la posibilidad de más terapia grupal.
- Hay poca información sobre las recaídas.
- Influencia de factores externos como alcohol y bulimia.
- Importancia de factores en expansión como el "Mobbing"

GRUPO DE DISCUSIÓN CON PACIENTES

La transcripción del grupo de discusión permitió poner orden a la información obtenida con esta técnica.

Campos de análisis del discurso

La experiencia de la enfermedad

- "El padecer un trastorno de ansiedad cambia la vida". Si se pierde el trabajo. Si se pierde la ilusión por las actividades lúdicas que tiene la vida; como salir por el puro placer de ir de compras, de pasear tranquilamente por la calle… ¿Cómo afrontarlo?

El instinto de supervivencia humano

- El instinto de supervivencia inherente a todo ser vivo. Estar "metido en un pozo" y tener que salir de él. "O se sale o te quitas del medio, porque lo que vives no tiene sentido". "Conoces a otras personas que se han quedado por el camino".

Importancia del sistema social del paciente

- Las relaciones familiares están afectadas. El análisis es bastante complejo. Hay una tendencia a ocultar lo que pasa y hay varias formas de actuar. Por un lado el estigma de la enfermedad mental está presente. La familia, la pareja pueden pensar en alguna forma de locura. Por otro si se tiene hijos y te ven así la idea de ser un medio transmisor de la enfermedad es "muy fuerte". Por eso "no es fácil soportar un día sí y otro también que los demás puedan volver a verte en el mismo punto de partida, el del miedo irracional que te maneja y en el mismo punto de llegada, el de la desesperación de pensar que todavía no te has curado".

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

Expectativa social

- Demanda de que la enfermedad sea entendida por los demás. Desde dos vertientes: la de la propia familia y la de sociedad en general. Se pide y se quiere que la familia participe en el proceso de tratamiento y se demanda información para la familia. Son frecuentes preguntas del tipo "¿por qué no se hace una campaña de sensibilización para el resto de la sociedad?".

Identificación de la enfermedad

- Encontrar el mejor método de identificación de la enfermedad. Hay una serie de síntomas o mejor dicho de sensaciones que son comunes a la mayoría de las personas con trastornos de ansiedad. El "estar enfermo de todo, de corazón, de riñón, de hígado". El "creer que te explota el cuerpo y te vas a morir". El "tener la mirada turbia y ver las cosas de color gris". Hay expresiones, hay miradas por las que solo las personas con ansiedad son capaces de identificar a otras personas que están en su misma situación.

Duración de la enfermedad

- "Es demasiado larga". "Es muy complicado reconocer que se está enfermo de la mente". La ansiedad no se presenta, normalmente, de un día para otro. Surgen las interrogaciones "¿Se puede prevenir?" o "¿es mejor llegar de forma lo más rápidamente posible a minimizar los trastornos?".

La imagen de la recaída

- La imagen de la recaída está presente en todas aquellas personas que llevan años con sus problemas.

La memoria selectiva como respuesta al ataque de pánico

- ¿Qué hacer ante una crisis aguda de angustia? El paciente responde "metiéndose en su rincón" o llorando. Surgen expectativas: "Si se pudieran articular mecanismos más efectivos para aprender a no dejarse recaer".

Necesidad de alternativas terapéuticas

- Necesidad/demanda de psicoterapia. Hay coincidencia en las ventajas que ofrece la ayuda de la psicoterapia; y de que en Atención Primaria el papel de la trabajadora social es fundamental. "Poder hablar, sentirse entendido y no vivir con la idea permanente de que se es un bicho raro". "Estar con personas que han pasado y pasan por lo mismo".

Expectativas: dimensión temporal futura

- Importancia de la derivación. La primera cita en Salud Mental es muy importante. El paciente tiene expectativas y también temores muy grandes. Hay que luchar contra muchas cosas para poder llegar al psicólogo o al psiquiatra: la familia, la pareja, uno mismo y el tiempo que se ha pasado esperando. Habría que encontrar los elementos idóneos necesarios para favorecer una buena comunicación entre Atención Primaria y Atención Especializada.

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

3.2. PREGUNTAS CLÍNICAS

1) 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?*

2) 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?*

3) 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?*

4) 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?*

5) ESTRATEGIAS DIAGNÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS

- *¿Cuales 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?*

6) 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.

3.3. RESULTADOS DE LA ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

Guías de práctica clínica

Evaluación y selección de guías base

• De todas las referencias bibliográficas recuperadas con la estrategia de búsqueda se identificaron 20 guías de práctica clínica.

• Se excluyeron las siguientes guías:

- "Ansiedad generalizada". Guías Clínicas en Atención Primaria Fisterra. 2007
- "Ansiedad generalizada". Guías Clínicas en Atención Primaria. Fisterra. 2004
- "Crisis de pánico". Guías Clínicas en Atención Primaria Fisterra. 2004
- "Computerised cognitive behaviour therapy for depression and anxiety". NICE. 2006
- "Guía de Buena práctica clínica en Geriatría. Depresión y ansiedad". 2004. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología.
- "Practice guideline for the psychiatric evaluation of adults". 2006. American Psychiatric Association (APA).
- "Mental illness during the perinatal period: anxiety disorders". 2003. British Columbia Reproductive care Program.
- "Post-traumatic stress disorder (PTSD): The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care". 2005. NICE.
- "Practice Guideline for the treatment of Patients with Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder". 2004. American Psychiatric Association Practice Guidelines.
- "Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders: recommendations from the British Association for Psychopharmacology". 2005. British Association for Psychopharmacology.
- "Obsessive-compulsive disorder: core interventions in the treatment of obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder". 2005. NICE.
- "Australian and New Zealand clinical practice guidelines for the treatment of panic disorder and agoraphobia". 2003. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists.
- "Major depression, Panic Disorder and Generalized Anxiety Disorder in primary Care". 2002. Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI).
- "VA/DoD clinical practice guideline for the management of post-traumatic stress". 2004. Veterans Health Administration, Department of Defense.

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

- Se seleccionaron finalmente seis guías:
  - "Guidelines for assessing and treating anxiety disorder". 1998. National Health Committee New Zealand.
  - "Ontario Guidelines for the Management of Anxiety Disorders in Primary Care". 2000. Ontario Program for Optimal Therapeutics.
  - "Trastornos de Ansiedad y Trastornos de adaptación en Atención Primaria". 2002. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat.
  - "Management of anxiety (panic disorders, with or without agoraphobia, and generalised anxiety disorder) in adults in primary, secondary and community care". 2004. NICE
  - "Anxiety disorders". 2003. Singapore Ministry of Health, National Medical Research Council.
  - "Management of Anxiety Disorders". 2006. Canadian Psychiatric Association.

- Para evaluar la calidad de las guías seleccionadas, se utilizó el instrumento AGREE (Appraisal of Guidelines Research and Evaluation).
- Las puntuaciones por áreas obtenidas de las guías valoradas se reflejan en la siguiente tabla.

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

PUNTUACIÓN POR ÁREAS DE LAS GUIAS VALORADAS MEDIANTE AGREE

	Alcance/obj.	Participación	Rigor	Claridad	Aplicabilidad	Independencia	GLOBAL	Comentarios
(1) NZGG Nov 1998	44,4%	66,7%	28,6%	75,0%	50%	8,3%	RECOMENDADA CON MODIFICACIONES	-Formulación recomendada no clara, por el método. -Criterios selección evidencia no incluidos
(2) GAC 2000	38,9%	58,3%	32,7%	54,2%	22,2%	33,3%	RECOMENDADA CON MODIFICACIONES	Sobre todo por no describir la metodología (rigor)
(3) Valencia 2002	33,3%	29,2%	14,3%	54,2%	0%	8,3%	NO RECOMENDADA	Tiene las ventajas de ser española, algoritmos y criterios de derivación y la guía rápida
(4) NICE 2004	77,8%	62,5%	66,7%	66,7%	61,1%	83,3%	**MUY RECOMENDADA**	Tiene varios formatos: referencias rápidas, pacientes y algoritmos. Prevista actualización en 2007(abril) MIRAR AVISO VELANFAXINA
(5) Singapur Nov 2003	33,3%	37,5%	45,3%	100%	33,3%	41,7%	RECOMENDADA CON MODIFICACIONES	Fundamentalmente por falta de información en algunos criterios. Puntúa bajo.
(6) Canadian J of PS Jul 2006	55,6%	41,7%	57,1%	66,7%	5,6%	16,7%	RECOMENDADA CON MODIFICACIONES	Falta información sobre aplicabilidad e independencia.

1.-Guidelines for assessing and treating anxiety disorder. NOV 1998 NZGG
2.-Ontario Guidelines for the Management of Anxiety Disorders in Primary Care. 2000 GAC
3.-Trastornos de Ansiedad y Trastornos de adaptación en Atención Primaria. 2002 Valencia.
4.-Management of anxiety panic disorders, with or without agoraphobia, and generalised anxiety disorder in adults in primary, secondary and community care. 2004 NICE
5.- Anxiety disorders. Nov 2003 Singapore
6.- Management of Anxiety Disorders. July 2006 Canadian Journal of Psiquiatry

Transcurridos más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisa

• Dependiendo de las puntuaciones obtenidas se seleccionaron como fuente secundaria de evidencia, tres guías que respondían a preguntas concretas planteadas en esta guía:

- "Management of anxiety (panic disorders, with or without agoraphobia, and generalised anxiety) disorder in adults in primary, secondary and community care". 2004. NICE.
- "Anxiety disorders". 2003. Singapore Ministry of Health, National Medical Research Council.
- "Management of Anxiety Disorders". 2006. Canadian Psychiatric Association.

• Para analizar cómo estas tres guías responden a nuestras preguntas clínicas, se prepararon unas tablas de guías estructuradas en apartados de evidencia, recomendación, referencias bibliográficas y comentarios del equipo redactor. (Anexo 3).

Revisiones sistemáticas, metaanálisis e informes de evaluación

Resultados de la búsqueda

• Fueron seleccionados 26 documentos, entre revisiones sistemáticas, metaanálisis e informes de evaluación, sobre trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de angustia y crisis de pánico.

• Estos trabajos abordan aspectos tales como: terapias psicológicas, tratamiento farmacológico con azapironas y antidepresivos, combinación de terapias farmacológicas y psicológicas, efectividad a largo plazo, comparación entre tratamiento farmacológico y psicológico, tratamientos de autoayuda-biblioterapia y tratamientos alternativos.

Estudios primarios

Evaluación y selección de estudios primarios

Una vez que se obtienen los estudios se evalúan utilizando los checklist metodológicos propuestos por SIGN. Se seleccionaron aquellos estudios que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión.

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

ANEXOS

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

ANEXO 1. CUESTIONARIO SOBRE TRASTORNOS DE ANSIEDAD PARA LOS PROFESIONALES SANITARIOS

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

I. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS:

1. ¿Cuál es el género predominante entre los pacientes con t. de ansiedad?

- ☐ Hombre
- ☐ Mujer

2. ¿Entre qué grupos de edad se encuentran mayoritariamente?

- ☐ 14 - 19 años
- ☐ 20 - 34 años
- ☐ 35 - 49 años
- ☐ 50 - 64 años
- ☐ > 65 años

3. ¿Cuál es el estado civil?

- ☐ Soltero/a
- ☐ Casado/a
- ☐ Divorciado/a o separado/a
- ☐ Viudo/a
- ☐ Otro

4. Nivel de estudios

- ☐ Sin estudios
- ☐ Estudios primarios
- ☐ Estudios secundarios
- ☐ Estudios universitarios

5. Situación laboral

- ☐ Trabaja fuera de casa
- ☐ Parado
- ☐ Jubilado
- ☐ Incapacidad laboral o invalidez permanente
- ☐ Ama de casa
- ☐ Estudiante

II. ESTADO DE SALUD:

6. Diagnóstico (código DSM-IV). Señala los tres más frecuentes

- ☐ Trastorno de angustia con o sin agorafobia
- ☐ Trastorno de ansiedad generalizada
- ☐ Fobia específica
- ☐ Fobia social
- ☐ Trastorno obsesivo-compulsivo
- ☐ Trastorno por estrés postraumático
- ☐ Otros trastornos de ansiedad
  Especificar

7. Clasifica la gravedad de los pacientes que habitualmente acuden a tu consulta con trastornos de ansiedad

- ☐ Levemente enfermo
- ☐ Moderadamente enfermo
- ☐ Gravemente enfermo
- ☐ Muy gravemente enfermo

8. ¿Cuál es la duración media aproximada del tratamiento para estos pacientes?

- ☐ Menos de un año
- ☐ De 1 a 3 años

☐ De 3 a 5 años
☐ De 5 a 10 años
☐ 10 años y más

9. ¿Cuál es la proporción de los que presentan cronificación?

☐ Ninguno
☐ Un tercio
☐ La mitad
☐ Más de la mitad

10. ¿Y la de los que presentan problemas graves e incapacitantes?

☐ Ninguno
☐ Un tercio
☐ La mitad
☐ Más de la mitad

11. ¿Cuántos de estos pacientes tienen antecedentes familiares de trastornos de ansiedad?

☐ Ninguno
☐ Un tercio
☐ La mitad
☐ Más de la mitad

12. ¿Diría que hoy en día este tipo de pacientes acude a su consulta con menor, igual o mayor frecuencia que antes?

☐ Con menor frecuencia
☐ Con igual frecuencia
☐ Con mayor frecuencia

13. ¿Cómo ven la situación de su enfermedad los pacientes con trastornos de ansiedad?

☐ Con tranquilidad
☐ Con poca preocupación
☐ Con bastante preocupación
☐ Con mucha preocupación

III. <u>ASPECTOS DE LA PRÁCTICA DIARIA:</u>

14. ¿Cuántos pacientes ve al día con trastornos de ansiedad?

☐ Ninguno
☐ Uno
☐ Entre dos y cuatro
☐ Más de cuatro

15. ¿Cuáles son los motivos principales de sus consultas?

☐ Diagnóstico y/o tratamiento
☐ Revisión
☐ Sólo dispensación de recetas
☐ Parte de baja, confirmación, o alta
☐ Otros motivos
Especificar

16. ¿Cuál es tu consideración sobre la cantidad de tiempo, del que dispones diariamente, para el diagnóstico y/o tratamiento de los pacientes con ansiedad?

☐ Insuficiente
☐ Poco suficiente
☐ Bastante suficiente
☐ Totalmente suficiente

17. Califica la relación que tienes con tus pacientes con trastornos de ansiedad

☐ Mala
☐ Regular
☐ Buena
☐ Muy buena
☐ Excelente

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

18. En general, ¿el paciente es consciente de la enfermedad que tiene?

- ☐ No, nunca
- ☐ Casi nunca
- ☐ Casi siempre
- ☐ Sí, siempre

19. El paciente con trastornos de ansiedad, ¿suele aceptar el diagnóstico?

- ☐ No, nunca
- ☐ Casi nunca
- ☐ Casi siempre
- ☐ Sí, siempre

20. ¿Qué tipo de tratamiento utiliza y/ o recomienda normalmente?

- ☐ Solo medicación
- ☐ Medicación y psicoterapia específica
- ☐ Solo psicoterapia
- ☐ Depende de la categoría diagnóstica

21. ¿Qué grado de importancia le concede a la psicoterapia para el tratamiento de estos trastornos?

- ☐ Bajo
- ☐ Medio
- ☐ Alto
- ☐ Muy alto

22. ¿Incluye en su tratamiento trabajo con la familia del paciente?

- ☐ No, nunca
- ☐ Casi nunca
- ☐ Casi siempre
- ☐ Sí, siempre

23. En general, ¿qué nivel de confianza en el tratamiento tienen los pacientes?

- ☐ Mucha confianza
- ☐ Bastante confianza
- ☐ Poca confianza
- ☐ Ninguna confianza

24. ¿Y de adherencia al tratamiento?

- ☐ Mucha adherencia
- ☐ Bastante adherencia
- ☐ Poca adherencia
- ☐ Ninguna adherencia

25. ¿Cómo toleran los pacientes con trastornos de ansiedad los posibles efectos secundarios de su medicación?

- ☐ Muy mal
- ☐ Mal
- ☐ Bien
- ☐ Bastante bien

26. ¿Cuál es el nivel de recurrencia del trastorno de ansiedad?

- ☐ Bajo
- ☐ Medio
- ☐ Alto
- ☐ Muy alto

27. ¿Cuánto tiempo tardan en acudir a la consulta cuando se les presenta una crisis aguda de angustia?

- ☐ Acuden el mismo día
- ☐ Acuden pocos días después de haber sucedido la crisis
- ☐ Acuden semanas después de haber sucedido la crisis
- ☐ No acuden

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

28. ¿Considera necesario incrementar la formación de los médicos de familia en este tipo de trastornos?

- ☐ No lo considero necesario
- ☐ Podría ser necesario
- ☐ Sí lo considero necesario
- ☐ Lo considero totalmente necesario

29. En caso de respuesta afirmativa, ¿en qué aspectos?

- ☐ Diagnóstico médico
- ☐ Tratamiento farmacológico
- ☐ Tratamiento psicológico
- ☐ Estrategias de educación/Hábitos de vida
- ☐ Otros

Especificar

30. ¿Considera necesario incrementar la información para los pacientes en este tipo de trastornos?

- ☐ No lo considero necesario
- ☐ Podría ser necesario
- ☐ Si lo considero necesario
- ☐ Lo considero totalmente necesario

31. En caso de respuesta afirmativa, ¿en qué aspectos?

- ☐ Alternativas de tratamiento
- ☐ Estrategias de educación/Manejo de su enfermedad
- ☐ Colaboración/Implicación de la familia
- ☐ Otros

IV. RECORRIDO ASISTENCIAL:

32. ¿Cómo consideras la relación de continuidad de la atención sanitaria entre la AP y la AE, para los pacientes con trastornos de ansiedad?

- ☐ Inadecuada
- ☐ Poco adecuada
- ☐ Adecuada
- ☐ Muy adecuada

33. ¿Cómo es la comunicación entre su Centro de Salud y el Centro de Atención Especializada de referencia?

- ☐ Nada fluida
- ☐ Poco fluida
- ☐ Bastante fluida
- ☐ Muy fluida

34. ¿Y con el Centro de Salud Mental que le corresponde por zona?

- ☐ Nada fluida
- ☐ Poco fluida
- ☐ Bastante fluida
- ☐ Muy fluida

35. ¿Y con el Hospital?

- ☐ Nada fluida
- ☐ Poco fluida
- ☐ Bastante fluida
- ☐ Muy fluida

36. Para este tipo de pacientes que presentan trastornos de ansiedad, ¿Cómo calificarías la rapidez del proceso asistencial dentro de la red de AP?

- ☐ Insatisfactoria, es poco rápida
- ☐ Poco satisfactoria
- ☐ Suficientemente satisfactoria
- ☐ Muy satisfactoria, es muy rápida

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

37. ¿Cuál es el grado de derivación de los pacientes con trastornos de ansiedad a Atención Especializada?

- ☐ Muy bajo
- ☐ Bajo
- ☐ Alto
- ☐ Muy alto

38. ¿Suele el paciente aceptar la derivación?

- ☐ En muchos casos no
- ☐ En algunos casos no
- ☐ La mayoría de las veces sí
- ☐ Sí, siempre

39. Si el paciente no acepta la derivación, ¿hay alguna posibilidad de realizar interconsultas con los centros de Especialidad?

- ☐ No existe la posibilidad
- ☐ Sí existe la posibilidad
- ☐ No sé si existe la posibilidad

40. Y, ¿Cómo calificarías la rapidez del proceso asistencial desde tu Centro de Salud al CEP?

- ☐ Insatisfactoria, es poco rápida
- ☐ Poco satisfactoria
- ☐ Suficientemente satisfactoria
- ☐ Muy satisfactoria, es muy rápida

41. ¿Cómo es el porcentaje de pacientes, con trastornos de ansiedad, que regresan a tu consulta para el seguimiento de la enfermedad después de haber pasado por Atención especializada?

- ☐ Bajo
- ☐ Medio
- ☐ Alto
- ☐ Muy alto

42. ¿Cuáles son los servicios de urgencias que más utilizan tus pacientes con trastornos de ansiedad?

- ☐ Los del mismo centro de AP
- ☐ Los del CEP
- ☐ Los del Centro de Salud Mental
- ☐ Los del Hospital de referencia
- ☐ La asistencia telefónica del 112 para emergencias
- ☐ Otros

  Especificar

V. <u>SUGERENCIAS:</u>

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

ANEXO 2. PREGUNTAS QUE ABORDA LA GUÍA EN FORMATO PACIENTE/INTERVENCIÓN/RESULTADO (PIO)

<table>
<tr><td colspan="5">INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN DE LA GUÍA</td></tr>
<tr><td colspan="5">¿Cuál es la prevalencia de la ansiedad y de estados pre-ansiosos en el mundo, Europa, España, comunidad de Madrid y en el contexto de AP?
¿Cuáles son las cargas asociadas (sistema sanitario, pacientes, financieras…)?
¿Existe variabilidad en la práctica clínica?
¿Una GPC puede mejorar la atención a la población con trastornos de ansiedad?
¿Existen evidencias científica relevantes y actualizadas y/o GPC de calidad sobre el mismo tema?</td></tr>
<tr><td colspan="5">SIN PIO</td></tr>
<tr><td colspan="5">Apartado 1. DEFINICIÓN</td></tr>
<tr><td>1</td><td colspan="4">¿Cuál es la definición de ansiedad como síntoma/síndrome?
SIN PIO
Se refiere a la definición de ansiedad como síntoma. Clasificaciones CIE y DSM-IV-TR</td></tr>
<tr><td>2</td><td colspan="4">¿Cuál es la definición de ansiedad como cuadro clínico específico?
SIN PIO
Criterios de clasificación del DSM-IV-TR de todas las formas de ansiedad</td></tr>
<tr><td colspan="5">Apartado 2. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS. PREVENCIÓN</td></tr>
<tr><td>3</td><td colspan="4">¿Cuáles son los criterios de sospecha de un trastorno de ansiedad?
SIN PIO
Series de casos, historia natural de la enfermedad</td></tr>
<tr><td>4</td><td colspan="4">¿Cuáles son los criterios diagnósticos de los diferentes trastornos de ansiedad?
Igual que la Pregunta nº2.</td></tr>
<tr><td>5</td><td colspan="4">¿Cuáles son los diagnósticos diferenciales a tener en cuenta?
SIN PIO .Series de casos, historia natural de la enfermedad</td></tr>
<tr><td>6</td><td colspan="4">¿Existen preguntas clave que puedan ayudar a los profesionales de Atención Primaria a detectar los trastornos de ansiedad en la entrevista con el paciente?</td></tr>
<tr><td></td><td>Paciente</td><td>Intervención</td><td colspan="2">Resultados</td></tr>
<tr><td></td><td>Paciente adulto que acude a AP con síntomas de ansiedad</td><td>Patrón oro (entrevista estructurada)
vs
instrumentos (escalas, test cortos, preguntas validadas)</td><td colspan="2">Sensibilidad, especificidad, Valor predictivo positivo</td></tr>
<tr><td></td><td>Tipo de estudio
Criterios de inclusión</td><td colspan="3">Validez de pruebas diagnóstica</td></tr>
</table>

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

7	**¿Cuál debe ser el estudio inicial de personas adultas con sospecha de trastorno de ansiedad para detectarlo precozmente?** SIN PIO. Serie de casos, historia natural de la enfermedad.		
Apartado 3. TRATAMIENTO			
8	**¿Cuál es el tratamiento más efectivo para el trastorno de ansiedad generalizada?**		
	Paciente	**Intervención**	**Resultados**
	Paciente adulto que acude a AP con trastorno de ansiedad generalizada (AG)	-Tratamiento farmacológico (BZD or ISRS or otros) (Tipo/dosis/duración) **vs** práctica habitual. -Tratamiento no farmacológico: Intervención estructurada (técnicas de relajación or técnicas psicoeducativas or resolución de casos or terapia de apoyo or técnicas interpersonales or biblioterapia o autoayuda or hierbas or cognitivo conductual (grupal or individual) **vs** práctica habitual. -Tratamiento farmacológico + tratamiento no farmacológico **vs** práctica habitual. -Tratamiento farmacológico + tratamiento no farmacológico **vs** tratamiento farmacológico. -Tratamiento farmacológico + tratamiento no farmacológico **vs** tratamiento no farmacológico.	- Calidad de vida - Resolución de síntomas - Intensidad de síntomas - Consumo de fármacos (nº, dosis) - Incapacitación. Baja laboral - Relación entorno familiar o vida familiar - Frecuentación consulta - Recaída/recurrencia Efectos Secundarios: - Dependencia BZD - Trastornos de memoria - BZD/ISRS - Aumento de peso
	Tipo de estudio Criterios de inclusión	-Revisiones sistemáticas, Metaanálisis. Ensayos clínicos. -Estudios de cohortes, series de casos.	
9	**¿Cuál es el tratamiento más efectivo para el trastorno de angustia?**		
	Paciente	Intervención	Resultados
	Paciente adulto que acude a AP con trastorno de angustia con/sin agorafobia	-Tratamiento farmacológico BZD/ISRS **vs** práctica habitual -Tratamiento no farmacológico (intervención estructurada) **vs** práctica habitual -Tratamiento farmacológico + tratamiento no farmacológico	- Tiempo/duración de la crisis - Tiempo - Miedo a padecer otra

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

		vs práctica habitual - Tratamiento farmacológico+ tratamiento no farmacológico **vs** tratamiento farmacológico -Tratamiento farmacológico + tratamiento no farmacológico **vs** tratamiento no farmacológico	- Número de crisis - Intervalo entre crisis - Calidad de vida en relación al manejo de las crisis - Recurrencias - Nivel de incapacitación - Limitación
	Tipo de estudio Criterios de inclusión	Revisiones sistemáticas, Ensayos clínicos. Estudios de cohortes, series de casos.	
10	**¿Cuál es el tratamiento más efectivo para la crisis de pánico/ataque de pánico?**		
	Paciente	**Intervención**	**Resultados**
	Paciente adulto que acude a AP con crisis de pánico: 1ª crisis	-Tratamiento farmacológico BZD (tipo) oral vs sublingual (vía administración) **vs** placebo. -Tratamiento no farmacológico Técnicas de relajación or técnicas psicoeducativas or bolsa **vs** placebo. -Tratamiento farmacológico (BZD)+ tratamiento no farmacológico **vs** placebo. -Tratamiento farmacológico (BZD)+ tratamiento no farmacológico **vs** tratamiento farmacológico. -Tratamiento farmacológico (BZD)+ tratamiento no farmacológico **vs** no tratamiento farmacológico.	- Tiempo/duración de la crisis - Tiempo - Miedo a padecer otra - Número de crisis - Intervalo entre crisis - Calidad de vida en relación al manejo de las crisis - Recurrencias
	Criterios de inclusión Tipo de estudio	Intervención - Revisiones sistemáticas, Ensayos clínicos. Estudios de cohortes	
11	**¿Cuál es la información básica que se debe proporcionar a los pacientes con trastornos de ansiedad?**		
	Paciente	Intervención	Resultados
	Paciente adulto que acude a AP con trastorno de ansiedad	-Información personalizada oral (información específica básica + información complementaria) **vs** práctica habitual	- Morbilidad - Adherencia al tratamiento - Satisfacción

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

		-Información escrita **vs** práctica habitual -Información personalizada oral + escrita **vs** práctica habitual	
	Tipo de estudio Criterios de inclusión	Intervención , investigación cualitativa	
12	**¿Cuál es la información básica que se debe proporcionar a la familia de los pacientes con trastornos de ansiedad?**		
	Paciente	Intervención	Resultados
	Familiar de paciente adulto que acude a AP con trastorno de ansiedad	-Información personalizada oral (información específica básica + información complementaria) **vs** práctica habitual -Información escrita **vs** práctica habitual -Información personalizada oral + escrita **vs** práctica habitual	- Morbilidad - Adherencia al tratamiento - Satisfacción
	Tipo de estudio Criterios de inclusión	Intervención , investigación cualitativa	
13	**¿Cuál es mejor manera de comunicar al paciente su síndrome/trastorno?**		
	Paciente	Intervención	Resultados
	Paciente adulto que acude a AP con trastorno de ansiedad	Comunicación empática/notificación efectos secundarios y efectividad **vs** estándar	- Sensación de universalidad - Morbilidad - Adherencia al tratamiento - Satisfacción
	Tipo de estudio Criterios de inclusión	Intervención , investigación cualitativa	
14	**¿Cuál es el método más efectivo para comunicar al paciente la necesidad o no de derivación a salud mental?**		
	Paciente	Intervención	Resultados
	Paciente adulto que acude a AP con trastorno de ansiedad	Comunicación empática **vs** estándar	- Resolución de síntomas - Morbilidad - Satisfacción

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

	Tipo de estudio Criterios de inclusión	Intervención, investigación cualitativa
Apartado 5. SEGUIMIENTO – INDICADORES		
15	**¿Cuáles son los criterios de una adecuada evolución de la enfermedad? (síntomas (intensidad y duración), calidad de vida, recurrencia)**	
16	**¿Cuáles son las recomendaciones clave (de la propia guía) que se deben monitorizar mediante indicadores?**	
SIN PIO		
Apartado 6. ORGANIZACIÓN DE LA CONSULTA		
17	**¿Cuáles son los criterios de derivación a consulta especializada/salud mental?**	
18	**¿Cuál es el papel de enfermería en A.Primaria en el abordaje de los trastornos de ansiedad?**	
19	**¿Cuál es el papel del trabajador social en A.Primaria en el abordaje de los trastornos de ansiedad?**	
SIN PIO		

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

ANEXO 3. TABLAS DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Tabla de guías 1: ¿Existen preguntas clave que puedan ayudar a los profesionales de Atención Primaria a detectar los trastornos de ansiedad en la entrevista con el paciente?

Guía	Evidencia	Recomendación	Referencias bibliográficas principales (Tipo de publicación)	Comentarios
NICE(1) 2004	Un diagnóstico exacto del trastorno de pánico o el trastorno de ansiedad generalizada es central para el manejo eficaz de estas condiciones. Se reconoce que con frecuencia hay otras condiciones presentes, como la depresión, que pueden confundir la presentación y el diagnóstico. Se ha desarrollado un algoritmo para ayudar al clínico en el proceso diagnóstico, y para identificar qué guía es la más apropiada para ayudar al clínico en el manejo del paciente.	El proceso diagnóstico debería obtener toda la información necesaria relevante como es la historia personal, algo sobre auto-medicación, y las características culturales e individuales que puedan ser consideradas importantes en el posterior cuidado.**(D)** Como hay pruebas insuficientes para recomendar la selección de un instrumento bien validado para el proceso de diagnóstico, se confía en las habilidades de consulta para obtener toda la información necesaria. **(D)**	Brown et al 2001 (validación de entrevista para problemas de ansiedad). Bech et al 1992 (validación de escalas). Kessler et al 1999 (estudio transversal de correlación). Kvaal et al 2001 (validación de escala)	
Canadian J of PS (2) 2006	Si el paciente se queja de ansiedad, tensión, "o nervios", o si se sospecha que la ansiedad puede ser un problema, se puede comenzar su evaluación con preguntas amplias del tipo: ¿Cómo están yendo las cosas para usted recientemente? ¿Ha tenido usted algún problema con un estrés excesivo, preocupación, o ansiedad? Es importante conseguir un diagnóstico exacto para determinar el tratamiento a seguir	No hace recomendaciones como tal.	No hay referencias	Se plantean que las acciones futuras deberían ir encaminadas a promover mejores resultados para la gente con trastornos de ansiedad. Sería muy efectivo el poder conseguir un reconocimiento temprano y exacto de los trastornos de ansiedad, incluyendo el reconocimiento temprano en la niñez, para poder administrar métodos de tratamiento basados en la evidencia. Con estos cambios se mejorarían notablemente los resultados de muchas personas.
Singapur (3) 2003	No hay evidencias	No hace recomendaciones		

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

Tabla de guías 2: ¿Cuál es el tratamiento más efectivo para el trastorno de ansiedad generalizada?

Guía	Evidencia	Recomendación	Referencias bibliográficas principales (Tipo de publicación)	Comentarios
NICE(1) 2004	Hay evidencia de que a corto plazo, la terapia cognitiva-conductual es tan eficaz como las terapias farmacológicas; pero no hay evidencia sobre ello a largo plazo. **(Ia)** Es más efectiva la combinación de la terapia cognitiva y la terapia conductual que la utilización de estas técnicas por separado. **(Ia)** Si hay evidencia de que la mayoría de los pacientes que han sido seguidos tras el tratamiento a largo plazo con TCC han mantenido los beneficios de este tratamiento. **(Ib)** Hay evidencia de que entre la medicación que ha mostrado su eficacia para el tratamiento de la ansiedad generalizada se encuentran los ISRS y las BZD. **(Ia)** No hay evidencia sobre la efectividad de la farmacoterapia a largo plazo. **(Ia)**	Se recomienda tener en cuenta, para el cuidado a largo plazo del trastorno de ansiedad generalizada, ofrecer cualquiera de los siguientes tipos de intervención, siempre teniendo en cuenta las preferencias de los pacientes. Las intervenciones con mayor duración del efecto son, por orden descendente: Terapia psicológica **(A)** Terapia farmacológica (antidepresivos) **(A)** Autoayuda **(A)** Como tratamiento psicológico se recomienda la TCC, con una duración media de 16 a 20 horas. **(A)** Para la mayoría de los pacientes se recomiendan sesiones semanales de TCC de 1 a 2 horas, y el tratamiento debería estar completado como máximo a los 4 meses de su comienzo **(B)** Como tratamiento farmacológico, para el trastorno de ansiedad generalizada, se recomienda la utilización de un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS). **(B)** Si el ISRS es inadecuado o no hay ninguna mejoría después de 12 semanas de tratamiento, puede ser considerada la utilización de otro ISRS. **(D)** No se recomienda la utilización de las BZD más de 2 ó 4 semanas. **(B)** Si se recomienda la venlafaxina se deben tener en cuenta cuestiones como la interrupción del tratamiento, (por la carga de los efectos secundarios que tiene comparada con la misma efectividad que aportan los ISRS), el control de la hipertensión y que no puede ser prescrita a pacientes con altos riesgos cardiacos. **(B,C)** Si se utiliza la venlafaxina se recomienda no superar la dosis de 75mg. al día. **(A)** Para la terapia de autoayuda se recomienda la utilización de la biblioterapia basada en los principios de la TCC. **(A)**	Power et al 1990 (ECA sobre BZD) Gould et al 1997 (metaanálisis de farmacoterapia frente a terapias cognitivas), Fisher & Durham 1999 (meta-análisis sobre intervenciones psicológicas) Rickels K et al 2003 (ECA doble ciego, controlado por placebo sobre la utilización de la paroxetina en el tratamiento de la ansiedad generalizada)	No hay recomendaciones sobre las dosis óptimas de la medicación. La bibliografía citada para algunas de las evidencias reflejadas en la guía, no se corresponden con lo expresado en dichas evidencias.

Transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica, su vigencia no ha sido revisada

Tabla de guías 2: ¿Cuál es el tratamiento más efectivo para el trastorno de ansiedad generalizada?

Guía	Evidencia	Recomendación	Referencias bibliográficas principales (Tipo de publicación)	Comentarios
Canadian J of PS (2) 2006	Los metaanálisis demuestran claramente que la TCC reduce los síntomas de ansiedad y es más eficaz para la ansiedad generalizada que el no tratamiento o los métodos de tratamiento psicológico no específicos. **(Level 1)** Las ventajas de la terapia tienden a mantenerse de 6 meses a 2 años después del tratamiento. En estudios a largo plazo, las ventajas de TCC se mantuvieron hasta 2 años después de la terminación de tratamiento. La evidencia pone de manifiesto que cuando se prescribe tratamiento farmacológico este debe iniciarse con la utilización de un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS) o con tricíclicos **(Level 1)** Hay evidencia para que los pacientes con una respuesta inadecuada al tratamiento farmacológico anterior o que no lo toleran se pueda pasar a la utilización de las BZD, la azapirona buspirona o cambiar por otro tricíclico diferente al utilizado **(Level 1)** La evidencia demuestra que las BZD solo deben ser utilizadas a corto plazo. Hay evidencia en contra de la utilización de betabloqueantes como el propanolol.	Para la terapia farmacológica se recomienda la utilización de un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS), como paroxetina, citalopram, sertralina o venlafaxina **(First-line)** Como recomendación, cuando el ISRS es inadecuado o no hay ninguna mejoría puede ser considerada la utilización de BZD como alprazolam, bromazepam, lorazepam, diazepam, o pasar a la utilización de una azapirona como la buspirona. También se utiliza la imipramina, la pregabalina y el bupropión **(Second-line)** No se recomienda la utilización del betabloqueante propanolol **(Not recommended)**	Borkovec T et al 2001 (revisión de ECA) Gould R et al 2004 (metaanálisis) Dugas M et al 2003 (estudio de intervención) Kapczinski F et al 2003 (revisión sistemática) Rickels K et al 2003 (ECA) Mitte K et al 2005 (metaanálisis).	La dosificación para el tratamiento viene en unas tablas aparte. Los niveles de evidencia no son los comúnmente utilizados (SIGN, NICE). y Sus equivalencias son las siguientes: Level 1 : Metaanálisis o ECA con placebo Level 2: Al menos un ECA con placebo o grupo de comparación activa Level 3: Ensayos no controlados con al menos 10 pacientes Level 4: Series de casos u opinión de expertos Los niveles de recomendación los dividen en 1ª,2ª,3ª línea y no recomendado, en función de los niveles de evidencia reflejados previamente.

Transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica, su vigencia no ha sido revisada

Tabla de guías 2: ¿Cuál es el tratamiento más efectivo para el trastorno de ansiedad generalizada?

Guía	Evidencia	Recomendación	Referencias bibliográficas principales (Tipo de publicación)	Comentarios
Singapur (3) 2003	Hay evidencia de la eficacia de la terapia cognitiva-conductual para el tratamiento de la ansiedad generalizada. Para dos terceras partes de los pacientes se espera que muestren una mejoría clínica significativa a los 6 meses de seguimiento. **Level Ia** Hay evidencia sobre la efectividad de la utilización de los antidepresivos para el tratamiento de la ansiedad generalizada. **Level Ia, Ib, III** Hay evidencia sobre la utilización de los ISRS. **Level Ib** Hay evidencia sobre la efectividad de la utilización de la imipramina para periodos de 3 a 6 meses. **Level IV** Aunque la imipramina ha demostrado ser tan eficaz como las BZD, para el tratamiento de la ansiedad generalizada, las pruebas de dosis óptima y duración aún no han sido establecidas. **Level IV** Las BZD están especialmente indicadas cuando se necesita un control inicial rápido de los síntomas o se espera la respuesta a las ventajas del tratamiento antidepresivo o la TCC; pero su uso está asociado con varios problemas como son la dependencia y el síndrome de abstinencia por su cese. **Level IV** Hay evidencia de la eficacia de la hidroxicina 50mg/día para el tratamiento de la ansiedad generalizada. **Level IIb**	Se recomienda considerar la utilización de la terapia psicológica como una opción de tratamiento para todos los problemas de salud mental, incluyendo los trastornos de ansiedad. **GPP** Se recomienda la utilización de la terapia cognitiva-conductual porque para las dos terceras partes de los pacientes se espera que muestren una mejoría clínicamente significativa a los 6 meses de seguimiento. **Grade A** Se recomienda el tratamiento farmacológico cuando: los síntomas son graves, hay un daño significativo social, ocupacional y funcional o hay un desorden depresivo simultáneo moderado o grave. **GPP** Se recomienda la utilización de los antidepresivos para el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada. **Grade A** Los antidepresivos pueden ser considerados como agentes de primera línea por encima de las BZD en el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizado a largo plazo. **Grade A** También como agentes de primera línea se recomienda la utilización de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS). **Grade A** Entre loa ISRS se recomienda la paroxetina. También hay recomendación para la venlafaxina. **Grade A** Entre los tricíclicos se recomienda la utilización de la imipramina, para periodos de 3 a 6 meses. **Grade C** Si se utiliza BZD se recomienda utilizarla durante un periodo limitado y con la dosis más baja, ajustándola gradualmente. Si se utiliza durante un periodo más largo su empleo debe ser supervisado. **Grade C** También se recomienda, para el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada, la utilización del antihistamínico hidroxicina con una dosis de 50 mg/día. **Grade B**	Durham RC et al 2002 (ECA - seguimiento) Borkovec TD et al 1993 (eficacia de la aplicación de la relajación y de la terapia TCC en el tratamiento de la ansiedad generalizada-estudio de intervención) Rickels K et al 2000 (imipramina y buspirona para pacientes con discontinuidad del tratamiento con BZD-ECA), Stocchi F et al 2003 (utilización de la paroxetina-ECA) Gelenberg AJ et al 2000 (ECA, eficacia de la venlafaxina) Llorca PM et al 2002 (eficacia y seguridad de la utilización de la hidroxicina-ECA).	El GPP son las siglas de "good practice point" , que sería equiparable a la recomendación del grupo de expertos.

Transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisa

Tabla de guías 3: ¿Cuál es el tratamiento más efectivo para el trastorno de angustia?

Guía	Evidencia	Recomendación	Referencias bibliográficas principales (Tipo de publicación)	Comentarios
NICE (1) 2004	Tanto la intervención psicológica, la farmacológica, como la combinación de ambas han demostrado su efectividad en el tratamiento del trastorno de angustia **(Ia)** La terapia cognitiva conductual es efectiva con o sin exposición. **(Ia)** No hay una evidencia clara sobre la pauta de tratamiento con medicación ni de cuál es su duración óptima. **(Ib)** Si hay evidencia sobre la efectividad de dos tipos de medicamentos en el tratamiento del trastorno de angustia: los antidepresivos tricíclicos y los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) **(Ia)** Hay algunas evidencias de que el empleo a largo plazo de las BZD está asociado con una respuesta más pobre que la utilización de las terapias psicológicas. **(Ia)** La utilización de las BZD a largo plazo está asociada a un peor resultado que el obtenido con los antidepresivos. **(Ia)**	Se recomienda tener en cuenta las preferencias del paciente. Las intervenciones recomendadas y de las que hay pruebas de un efecto más duradero, son por orden descendente: Terapia psicológica (TCC). **(A)** Terapia farmacológica (antidepresivos). **(A)** La autoayuda. **(A)** En la terapia psicológica se recomienda como duración optima de la TCC 7-14 horas en total. **(A)** Para la mayoría de los pacientes se recomiendan sesiones semanales de TCC de 1 a 2 horas, y el tratamiento debería estar completado como máximo a los 4 meses desde su comienzo **(B)** En el tratamiento farmacológico, para el trastorno de angustia, se recomienda la utilización de un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS). **(A)** Si el ISRS es inadecuado o no hay ninguna mejoría después de 12 semanas de tratamiento, puede ser considerada la utilización de la imipramina o de la clorimipramina **(A)** Se recomienda no utilizar las BZD para el tratamiento a largo plazo de los pacientes con trastorno de angustia. **(A)** No se recomienda la utilización de los antihistamínicos y los antipsicóticos. **(B)** Para la terapia de autoayuda se recomienda utilizar la biblioterapia basada en los principios de la TCC **(A)**	Den Boer 1998 (ensayos clínicos controlados sobre la utilización de la BZD frente a tricíclicos y frente a ISRS) Baldwin & Birtwistle 2000 (mejor tolerancia de ISRS , revisión sistemática) Van Balkom et al 1996 (ECA-utilización de la BZD a largo plazo) Westra et al 2002 (ECA, BZD y CCT) Williams & Falbo 1996 (ECA- terapia cognitiva frente a exposición y frente a la combinación de ambas) Arntz 2002 (ECA) Hecker et al 1998 (ECA-ídem) Oei et al 1999 (metaanálisis terapias cognitivas. Reducción de los síntomas de trastorno de angustia),	En las recomendaciones no aparecen las tablas de dosis adecuadas para el tratamiento farmacológico.

Transcurrido más de 5 años desde su publicación esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada

Tabla de guías 3 : ¿Cuál es el tratamiento más efectivo para el trastorno de angustia?

Guía	Evidencia	Recomendación	Referencias bibliográficas principales (Tipo de publicación)	Comentarios
Canadian J of PS (2) 2006	Según los metaanálisis la terapia TCC se considera como el tratamiento psicológico más eficaz para el trastorno de angustia **(Level 1)** Hay evidencia acumulada de que la TCC puede ser más eficaz que la medicación en la prevención de recaídas. En estudios a largo plazo, las ventajas de TCC se mantuvieron hasta 2 años después de la terminación de tratamiento. Para los pacientes con trastorno de angustia la terapia farmacológica se debe iniciar con un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS) **(Level 1)** En los pacientes con una respuesta inadecuada al tratamiento farmacológico anterior o que no toleran esta terapia se puede considerar la utilización de los tricíclicos (imipramina, clorimipramina) y de las BZD **(Level 1)** Las BZD solo deben ser utilizadas a corto plazo. Hay evidencia en contra de la utilización de la buspirona, la tradozona, el propanolol y la carbamazepina **(Level 1, 2)**	Para la terapia farmacológica se recomienda la utilización de los un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS) (citalopram, fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina ó sertralina) o venlafaxina **(First-line)** Si el ISRS es inadecuado o no hay ninguna mejoría puede ser considerada la utilización de tricíclicos como la imipramina, clorimipramina, la mirtazapina o la utilización de las BZD **(Second-line)** No se recomienda la utilización de buspirona, tradozona, propanolol y carbamazepina **(Not recommended)**	"Australian and New Zealand clinical practice guidelines for the treatment of panic disorder and agoraphobia" 2003 (Guía de Práctica Clínica) Clum GA et al 1993 (meta-análisis sobre tratamiento del trastorno de angustia) Gould R et al 1995 (metaanálisis) Sheehan D et al 1993 (ECA sobre la efectividad de la buspirona) Otto MW et al 2005 (revisión narrativa sobre la terapia cognitivo conductual)	

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

Tabla de guías 3 : ¿Cuál es el tratamiento más efectivo para el trastorno de angustia?

Guía	Evidencia	Recomendación	Referencias bibliográficas principales (Tipo de publicación)	Comentarios
Singapur (3) 2003	Hay evidencia de la eficacia de la terapia cognitivo-conductual como opción de tratamiento psicológico para el trastorno de angustia. En dicha terapia se incluyen como posibles componentes: psicoeducación, exposición, reestructuración cognitiva, técnicas de respiración y entrenamiento en el manejo del pánico. **Level Ia** Hay evidencia sobre la efectividad de la utilización de los antidepresivos para el tratamiento del trastorno de angustia. **Level Ib** También hay evidencia documentada sobre la utilización de los ISRS para el TA. **Level Ib** Hay evidencia sobre la utilización de los tricíclicos imipramina y clorimipramina. **Level Ia** Hay evidencia de que algunos IMAO como fenelzina y tranilcipromina son tan efectivos como los antidepresivos tricíclicos. **Level Ib, IIa** Las BZD están especialmente indicadas cuando se necesita un control inicial rápido de los síntomas o se espera la respuesta a las ventajas del tratamiento antidepresivo o la TCC, pero su uso está asociado con varios problemas como la dependencia y el síndrome de abstinencia por su cese; así como por la alta tasa de recurrencia ante la discontinuidad del tratamiento. **Level IV, Ib** Hay evidencias que apoyan el empleo combinado de la TCC y la medicación, por encima de la utilización de una terapia sola, para el tratamiento de mantenimiento a largo plazo. **Level Ib** Hay también evidencia de las ventajas de la utilización combinada de ambas terapias a corto plazo. **Level IIa**	Se recomienda considerar la utilización de la terapia psicológica como una opción de tratamiento para todos los problemas de salud mental, incluyendo los trastornos de ansiedad. **GPP** Se recomienda la terapia cognitiva conductual (TCC) como psicoterapia para el tratamiento del trastorno de angustia, con o sin agorafobia. Los posibles componentes que debe tener esta terapia serían: Psicoeducación, la exposición a los síntomas o situaciones, la reestructuración cognitiva, técnicas de respiración y entrenamiento en el manejo del pánico. **Grade A** Se recomienda el tratamiento farmacológico cuando: los síntomas son graves, hay un daño significativo social, ocupacional y funcional o hay un desorden depresivo simultáneo moderado o severo. **GPP** Se recomienda la utilización de los antidepresivos para el tratamiento del trastorno de angustia. **Grade A** Se recomienda la utilización de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) citalopram, fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina, sertralina. **Grade A** Aunque los IMAO también son efectivos su utilización se recomienda solo cuando otras medicinas han fallado, debido a los efectos secundarios y a las interacciones potencialmente serias que presentan. **Grade A,B** Se recomienda la utilización del alprazolam y el clonazepam por su alta potencia para un alivio rápido de los síntomas, pero la interrupción del tratamiento debe ser estrechamente vigilada debido a la alta recurrencia. **Grade A** Si se recomienda la utilización de los tricíclicos imipramina y clorimipramina, la dosis adecuada es de 100-225 mg con una duración de tratamiento de 8-12 semanas, para el primero y 50-100mg durante 8–12 semanas para el segundo. **(Grade A)** Si se utiliza una BZD se recomienda utilizarla durante un periodo limitado y con la dosis más baja, ajustándola gradualmente. Si se utiliza durante un periodo más largo su empleo debe ser supervisado. **Grade C** Se recomienda como tratamiento de mantenimiento a largo plazo la combinación de la TCC con la medicación. **Grade A** También se recomienda la combinación de las terapias TCC y medicación para un tratamiento a corto plazo. Con ello se obtienen ventajas como el inicio más rápido del alivio de los síntomas y una remisión más duradera del trastorno. **Grade B**	"Practice guideline for the treatment of patients with panic disorder". Work Group on Panic Disorder. American Psychiatric Association. 1998 Clum GA et al 1993 (meta-análisis sobre tratamiento de trastorno para el trastorno de angustia), Trull TJ et al 1998 (metaanálisis para evaluar la importancia clínica de la terapia de comportamiento para la agorafobia), Otto MW et al 2001 (Metaanálisis: eficacia relativa de los ISRS para el trastorno de angustia), Cross-National Collaborative Panic Study, Second Phase Investigators. Br J Psychiatry. 1992 (ECA sobre el tratamiento farmacológico del trastorno de angustia), Barlow DH et al 2000 (ECA sobre la combinación de la TCC y la imipramina) Lader MH et al 1998 (interacción de los tratamientos farmacológico y psicológico de la ansiedad-revisión sistemática)	

Transcripción más de tres años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada

Tabla de guías 4: ¿cuál es la información básica que se debe proporcionar a los pacientes con trastornos de ansiedad?

Guía	Evidencia	Recomendación	Referencias bibliográficas principales (Tipo de publicación)	Comentarios
NICE(1) 2004	La toma de decisiones compartida mejora la confianza de los pacientes y los resultados clínicos. **(III)** Hay alguna evidencia general que une los resultados y la satisfacción del paciente con el estilo de consulta. **(III)** La implicación de los pacientes en el proceso de toma de decisiones mejora la satisfacción del paciente con la consulta.**(III)** Los pacientes necesitan información sobre las opciones de tratamiento para tomar parte de la toma de decisiones compartida.**(IV)**	Los pacientes tienen que tener información sobre la naturaleza, el curso y el tratamiento de los trastornos de ansiedad. Se debe incluir, así mismo, información sobre el empleo y los posibles efectos secundarios de la medicación. **(D)** También para facilitar una toma de decisiones compartida, debería estar disponible la información basada en la evidencia sobre tratamientos y la discusión de las opciones posibles. **(D)** Además, para suministrar una alta calidad de información, los pacientes y las familias deberían ser informados sobre los grupos de autoayuda y grupos de apoyo y ser animados a participar en estos programas cuando sea apropiado. **(D)**	No hay referencias	Para la elaboración de la información al paciente se han tenido en cuenta estas recomendaciones
Canadian J of PS (2) 2006	No se encuentran	No se encuentran	No hay referencias	
Singapur (3) 2003	En el manejo de los trastornos de ansiedad en el nivel de Atención Primaria, uno de los pasos a seguir es el de la educación del paciente sobre la naturaleza y el origen de sus síntomas de ansiedad y sobre cómo relativizarlos de forma apropiada. **Level IV** Las preferencias del paciente deben ser tenidas en cuenta en lo que se refiere a las posibles opciones de tratamiento existentes. **Level IV**	Se recomienda que hay que dar educación al paciente sobre la naturaleza y el origen de sus síntomas de ansiedad y sobre cómo relativizarlos (o desdramatizarlos) de forma apropiada, (ej. que no tienen 'un infarto' o no se están volviendo locos '). **Grade C** Se recomienda también mantener una relación de apoyo continuo o de orientación en cada visita. **Grade C** Los pacientes deberían ser informados sobre todas las formas disponibles de tratamiento, incluyendo las terapias psicológicas, y deberían ser tenidas en cuenta sus preferencias sobre ello cuando se considere el plan de tratamiento total. **Grade C**	"Practice guideline for the treatment of patients with panic disorder". Work Group on Panic Disorder. American Psychiatric Association. 1998- Guía de Práctica Clínica	Para la elaboración de la información al paciente se han tenido en cuenta estas recomendaciones

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

Tabla de guías 5: ¿Cuál es la información básica que se debe proporcionar a la familia de los pacientes con trastornos de ansiedad?

Guía	Evidencia	Recomendación	Referencias bibliográficas principales (Tipo de publicación)	Comentarios
NICE(1) 2004	Los pacientes necesitan información sobre las opciones de tratamiento para tomar parte de la toma de decisiones compartida.**(IV)**	Los pacientes, y cuando es apropiado, *la familia*, tienen que tener información sobre la naturaleza, el curso y el tratamiento de los trastornos de ansiedad. Se debe incluir, así mismo, información sobre el empleo y los posibles efectos secundarios de la medicación.**(D)** Además, para suministrar una alta calidad de información, los pacientes y las familias deberían ser informados sobre los grupos de autoayuda y grupos de apoyo y ser animados a participar en estos programas cuando sea apropiado.**(D)**	No hay referencias	Para la elaboración de la información al paciente se han tenido en cuenta estas recomendaciones
Canadian J of PS (2) 2006	No se encuentran	No se encuentran	No hay referencias	
Singapur (3) 2003	Otro de los pasos a seguir en el manejo de los trastornos de ansiedad en el nivel de Atención Primaria, tiene que ver con el apoyo de la familia y los recursos sociales del paciente. **Level IV**	Se recomienda realizar una evaluación de la familia y los recursos sociales, para ver si es posible conseguir la participación en la ayuda del paciente con trastornos de ansiedad. **Grade C**	"Practice guideline for the treatment of patients with panic disorder". Work Group on Panic Disorder. American Psychiatric Association. 1998- Guía de Práctica Clínica	Para la elaboración de la información al paciente se han tenido en cuenta estas recomendaciones

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

Tabla de guías 6: ¿Cuál es la mejor manera de comunicar al paciente su síndrome/trastorno?

Guía	Evidencia	Recomendación	Referencias bibliográficas principales (Tipo de publicación)	Comentarios
NICE(1) 2004	La toma de decisiones compartida mejora la confianza de los pacientes y los resultados clínicos.**(III)** Los pacientes necesitan información sobre las opciones de tratamiento para tomar parte de la toma de decisiones com-partida.**(IV)** Hay alguna evidencia general que une los resultados y la satisfacción del paciente con el *estilo de consulta*. **(III)** Involucrar a los pacientes en el proceso de la toma de decisiones mejora la satisfacción con la consulta. **(III)**	Cuando se dirijan a los pacientes, los profesionales de la salud deberían usar un lenguaje común, sin jerga. Si son usados términos técnicos se deben explicar al paciente.**(D)** Cuando sea apropiado, todos los servicios deberían proporcionar material escrito en la lengua del paciente. **(D)** Debería darse una toma de decisiones compartida, entre el paciente y los profesionales de salud, durante el proceso de diagnóstico y en todas las fases de cuidado.**(D)** La preferencia del paciente y la experiencia y el resultado del tratamiento anterior deberían ser considerados en la determinación de la opción de tratamiento.**(D)** Hay que orientar sobre las preocupaciones más comunes por la toma de la medicación, así como por los temores sobre la adicción. **(D)**	No hay referencias	Para la elaboración de la información al paciente se han tenido en cuenta estas recomendaciones
Canadian J of PS (2) 2006	No se encuentra	No se encuentra	No hay referencias	
Singapur (3) 2003	Entre los pasos apropiados que pueden darse en Atención Primaria para el manejo de los trastornos de ansiedad se puede tratar de conseguir el establecimiento de una alianza terapéutica con el paciente basada en la empatía y el entendimiento. **Level IV** Y se le pueden sugerir al paciente cuales serían los cambios de estilo de vida más apropiados para él. **Level IV**	Se recomienda establecer y mantener una alianza terapéutica con el paciente, basada en la empatía y entendimiento. **Grade C** Se recomienda que hay que sugerirle al paciente cambiar algunas actitudes de su estilo de vida por otras más apropiadas: estrategias para reducir la tensión, la reducción del consumo de alcohol y cafeína, evitar la nicotina y el uso de drogas y el realizar ejercicio regularmente. **Grade C**	"Practice guideline for the treatment of patients with panic disorder". Work Group on Panic Disorder. American Psychiatric Association. 1998- Guía de Práctica Clínica	Para la elaboración de la información al paciente se han tenido en cuenta estas recomendaciones

Transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisa

ANEXO 4. NIVELES DE EVIDENCIA Y GRADOS DE RECOMENDACIÓN (SIGN)

	Niveles de evidencia científica
1++	Meta-análisis de alta calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo.
1+	Meta-análisis bien realizados, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgos.
1-	Meta-análisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con alto riesgo de sesgos.
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 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.

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.

Cochane 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: es una 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 enfermedad 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

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

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% 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 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.

Guía en formato resumido. Más detalles en la versión completa disponible en la página web del Plan Nacional para el SNS del MSC. Fecha de publicación de esta Guía de Práctica Clínica y fecha límite de vigencia no ha sido revisada.

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 psicoterapeútica estructurada que utiliza diversars 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.

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

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

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

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

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

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 Widöcher-Pull Scale

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