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

NOTA:

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

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

Versión resumida

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

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

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

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

Versión resumida

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

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

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

Edición: Septiembre 2008

Edita:
Agencia Laín Entralgo. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias
Gran Vía, 27
28013 Madrid
España-Spain

© de la presente edición: Ministerio de Sanidad y Consumo
© de los contenidos: Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid

ISBN: 978-84-451-3156-5
NIPO: 477-08-020-7
Depósito Legal: M-35764-2008
Maquetación e impresión: www.cege.es Eloy Gonzalo, 25, 1º izda. 28010 Madrid

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

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

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

Esta guía debe citarse:

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

GOBIERNO DE ESPAÑA
MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud

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

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

Índice

Presentación oficial 7

Autoría y colaboraciones 9

1. Introducción 13

2. Definición, manifestaciones clínicas y clasificaciones 19
- 2.1. Ansiedad normal y patológica 19
- 2.2. Clasificaciones 20

3. Diagnóstico de la ansiedad 23
- 3.1. Criterios diagnósticos 23
- 3.2. Entrevista semiestructurada 39
- 3.3. Uso de escalas 40
- 3.4. Algoritmo diagnóstico 42

4. Tratamiento de la ansiedad 43
- 4.1. Tratamiento psicológico 43
- 4.2. Técnicas psicológicas de aplicación posible en nuestro ámbito de Atención Primaria 51
- 4.3. Tratamiento farmacológico 52
- 4.4. Tratamiento combinado: terapias psicológica y farmacológica 65
- 4.5. Otros tratamientos 68

5. Información/comunicación al paciente 73

6. Estrategias diagnósticas y terapéuticas 75

7. Anexos 81
- Anexo 1. Niveles de evidencia y grados de recomendación (SIGN) 81
- Anexo 2. Instrumentos de medida de la ansiedad 83
- Anexo 3. Preguntas clave para la entrevista ante la sospecha de trastornos de ansiedad: TAG y TA 86
- Anexo 4. Información para el paciente 87
- Anexo 5. Glosario y abreviaturas 104

8. Bibliografía 109

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

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

Presentación oficial

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Autoría y colaboraciones

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

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

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

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

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

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

Mercedes Fontecha Cabezas, paciente, Madrid

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

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

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

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

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

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

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

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

Coordinación

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

Revisión externa

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

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

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

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

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

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

Sociedades colaboradoras

Esta GPC cuenta con el respaldo de las siguientes sociedades:

Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN)
Asociación Madrileña de Pánico y Agorafobia (AMADAG)
Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES)
Federación Madrileña de Asociaciones Pro Salud Mental (FEMASAN)
Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)
Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFYC)
Sociedad Española de Psiquiatría (SEP)
Sociedad Madrileña de Medicina de Familia y Comunitaria (SoMaMFYC)
Unión Española de Sociedades Científicas de Enfermería (UESCE)

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

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

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

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

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

1. Introducción

El presente documento constituye la GPC resumida para el manejo de pacientes con trastornos de ansiedad en Atención Primaria. La versión completa y el material donde se presenta de forma detallada la información con el proceso metodológico de la GPC (descripción de las técnicas utilizadas en investigación cualitativa, estrategia de búsqueda para cada pregunta clínica, tablas de guías) están disponibles tanto en la página web de GuíaSalud 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. En estas páginas web puede consultarse también el *Manual Metodológico de elaboración de GPC* que recoge la metodología general empleada[1].

La GPC aborda el diagnóstico y manejo de los pacientes adultos con Trastornos de Ansiedad Generalizada (TAG) y Trastorno de Angustia (TA), con o sin agorafobia, en el contexto de Atención Primaria. Está estructurada por capítulos en los que se da respuesta a las preguntas que aparecen al inicio de los mismos. Un resumen de las recomendaciones se presenta al final de cada capítulo. A lo largo del texto, en el margen derecho se indica el tipo de estudio y la posibilidad de sesgo de la bibliografía revisada.

La guía se dirige, por tanto, a los profesionales sanitarios que trabajan en el ámbito de Atención Primaria (médicos, enfermeras, trabajadores sociales), y se dirige también a todos los pacientes que sufren estos trastornos de ansiedad y acuden a este primer nivel asistencial. Esta guía pretende ser pues, una herramienta útil, tanto para los profesionales como para los pacientes, ya que se incluye además un anexo con información específica para estos últimos, que ha sido elaborada con su participación, y que les permitirá conocer las estrategias y posibilidades terapéuticas que tiene su enfermedad, evitándose pautas de tratamiento no avaladas por la evidencia científica.

Prevalencia de la ansiedad y cargas asociadas

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

perspectiva de control de estas cifras, por pronosticarse un aumento considerable[2].

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

Entre los problemas de salud mental, los trastornos de ansiedad se asocian con sustanciales niveles de incapacidad[5] y son, junto con los trastornos del ánimo, los que más contribuyen a la morbimortalidad a través del sufrimiento que generan y los que más repercuten en las economías nacionales[6-8]. La angustia-ansiedad patológica dificulta la funcionalidad del sujeto allí donde se desenvuelve, limitándole su autonomía y dejándole atrapado y amenazado por la misma angustia.

La prevalencia internacional de los trastornos de ansiedad varía ampliamente entre los diferentes estudios epidemiológicos publicados, aunque la variabilidad asociada con los trastornos de ansiedad considerados de manera global es bastante más pequeña que la asociada con los trastornos considerados individualmente. Los porcentajes estimados de prevalencia-año y prevalencia-vida para los trastornos de ansiedad fueron de un 10,6% y un 16,6% respectivamente[9]. Si los estudios se realizan entre los usuarios que acuden a consultas de Atención Primaria, la prevalencia aumenta, oscilando entre 20% y 40%[5,6,10-12].

Los trastornos de ansiedad, en sí mismos o asociados a otras patologías, son una de las causas más frecuentes de consulta en Atención Primaria y representan uno de los principales problemas de salud en nuestro país. En nuestro contexto, la prevalencia de los trastornos de ansiedad en la población con las dificultades de precisión especificadas, varía en torno al 2,3%-8,9%[13], llegando a cifras entre el 9% y el 19,5%[5,8,10,12] cuando hablamos de pacientes que acuden a un centro sanitario por tener percepción de malestar.

La edad de inicio de los trastornos de ansiedad es menor que la de los trastornos depresivos, siendo las mujeres las que tienen más riesgo de padecer un trastorno de ansiedad[14,15] (véanse las tablas 1-3).

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

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

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

IC: intervalo de confianza.

Fuente[15]: *Estudio ESEMeD-España.*

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

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

IC: intervalo de confianza.

Fuente[15]: *Estudio ESEMeD-España.*

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

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

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

IC: intervalo de confianza.

Fuente[15]: *Estudio ESEMeD-España.*

Variabilidad en la práctica clínica

De forma general los problemas de salud mental suelen ser atendidos inicialmente en las consultas de Atención Primaria y en este nivel de atención se resuelven un importante número de las demandas generadas por estas patologías[5,8,16-19].

Los médicos de familia son los profesionales sanitarios que por su ubicación en la red asistencial pueden detectar de forma precoz los primeros síntomas psiquiátricos en los pacientes que acuden a sus consultas con un trastorno de ansiedad.

La ansiedad y la angustia son síntomas de consulta muy frecuentes, la mayoría de las veces muy inespecíficos y que se pueden enmascarar somáticamente. El manejo del paciente con trastorno de ansiedad en Atención Primaria resulta, por tanto, complejo, sobre todo si consideramos la dificultad del diagnóstico diferencial, la necesidad de una terapéutica específica y en ocasiones prolongada en el tiempo para cada forma de la enfermedad, así como la necesidad, en ciertas ocasiones, de derivación a Atención Especializada cuando la etiología, el trastorno o las manifestaciones de la enfermedad así lo requieran[20,21].

Por todo ello, existe cierta variabilidad en el manejo de los trastornos de ansiedad[22], que responde también a una variabilidad en la formación en

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

salud mental, en particular en el campo de la entrevista psiquiátrica y en el de los conocimientos, habilidades y actitudes para llevar a cabo la «ayuda psicológica»[17,23-28]. A ello contribuye la escasez de estudios que describen el uso de estos tratamientos, y más aún la de los que evalúan el trabajo realizado por la enfermería y trabajadores sociales en Atención Primaria (abordajes individuales y/o grupales), destacando la baja utilización de intervenciones psicológicas de efectividad probada[7].

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

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

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

2. 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?

2.1. Ansiedad normal y patológica

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

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

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

Tabla 4. Síntomas de ansiedad: físicos y psicológicos

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

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

Las causas de los trastornos de ansiedad no son totalmente conocidas, pero están implicados tanto factores biológicos, como ambientales y psicosociales[31-37]. Parece ser que es la interacción de múltiples determinantes lo que favorece la aparición de estos trastornos de ansiedad[38], siendo además muy común la comorbilidad con otros trastornos mentales como los trastornos del estado de ánimo[34,39].

2.2. Clasificaciones

Existen unos criterios universales para determinar si el comportamiento de una persona cabe diagnosticarlo como un trastorno de ansiedad. Estos criterios están recogidos en las dos clasificaciones de trastornos mentales (o psicopatológicos) más importantes, la DSM-IV-TR (Asociación de Psiquiatras Americanos, APA) y la CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, OMS).

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

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

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

DSM-IV-TR	CIE-10
	Trastorno de ansiedad fóbica
Fobia social	Fobias sociales
Fobia simple	Fobias específicas
Agorafobia sin crisis de angustia	Agorafobia
	Otros trastornos de ansiedad
Trastorno de angustia con agorafobia	Trastorno de angustia
Trastorno de angustia sin agorafobia	
Trastorno de ansiedad generalizada	Trastorno de ansiedad generalizada
	Trastorno mixto ansioso-depresivo
	Otro trastorno mixto de ansiedad
	Otros trastornos de ansiedad
Trastorno obsesivo-compulsivo	**Trastorno obsesivo-compulsivo**
	Reacciones de estrés y trastornos de adaptación
Trastorno por estrés postraumático	Trastorno por estrés postraumático
Trastorno por estrés agudo	Reacción de estrés agudo
	Trastorno de adaptación
	Trastornos disociativos
Trastorno de ansiedad debido a una enfermedad médica	
Trastorno de ansiedad inducido por sustancias	
	Trastornos somatomorfos
Trastorno de ansiedad no especificado	**Otros trastornos neuróticos**

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

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

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

CIE-10	Trastorno (según DSM-IV-TR-AP)	CIE-9
F06.4	Trastorno por ansiedad debido a… (indicar enfermedad)	[293.84]
F10.8	Trastorno por ansiedad inducido por alcohol	[291.89]
F19.8	Trastorno por ansiedad inducido por otras sustancias	[292.89]
F40.01	Trastorno de angustia con agorafobia	[300.21]
F41.0	Trastorno de angustia sin agorafobia	[300.01]
F40.1	Fobia social	[300.23]
F40.2	Fobia específica	[300.29]
F40.00	Agorafobia sin historia de trastorno de angustia	[300.22]
F93.0	Trastorno de ansiedad por separación	[309.21]
F42.8	Trastorno obsesivo compulsivo	[300.3]
F43.1	Trastorno por estrés postraumático	[309.81]
F43.0	Trastorno por estrés agudo	[308.3]
F41.1	Trastorno de ansiedad generalizada	[300.02]
F43.28	Trastorno adaptativo con ansiedad	[309.24]
F41.9	Trastorno de ansiedad no especificado	[300.00]

Por último se presenta la *Clasificación Internacional de Atención Primaria "CIAP-2"* de la WONCA[42]. Los códigos de la CIAP-2 que se corresponden con la ansiedad se reflejan en la siguiente tabla, en la que también se expresa la equivalencia con los códigos de la CIE-10:

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

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

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

3. Diagnóstico de la ansiedad

- ¿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?

3.1. Criterios diagnósticos

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

Paso 1

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

1A. Considerar el papel de las enfermedades médicas

Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica

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

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

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

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

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

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

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

Trastorno de ansiedad inducido por sustancias (incluyendo la medicación)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Comentarios adicionales:

- *Diagnóstico diferencial:*

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

- *La comorbilidad médica en los trastornos de ansiedad:*

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

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

Paso 2

Crisis de angustia

A continuación se definen las crisis de angustia:

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

Síntomas cardiopulmonares:

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

Síntomas autonómicos:

4. Sudoración.
5. Escalofríos o sofocaciones.

Síntomas gastrointestinales:

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

Síntomas neurológicos:

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

Síntomas psiquiátricos:

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

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

Trastorno de angustia con agorafobia

A. Se cumplen (1) y (2):

(1) Crisis de angustia inesperadas recidivantes.

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

(2) Al menos una de las crisis se ha seguido durante 1 mes (o más) de uno (o más) de los siguientes síntomas:

(a) Inquietud persistente por la posibilidad de tener más crisis.

(b) Preocupación por las implicaciones de la crisis o sus consecuencias (por ej., perder el control, sufrir un infarto de miocardio, "volverse loco").

(c) Cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis.

B. Presencia de agorafobia:
Los criterios para el diagnóstico de agorafobia son:

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

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

(2) Estas situaciones se evitan (p. ej., se limita el número de viajes), se resisten a costa de un malestar o ansiedad significativos por temor a que aparezca una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia, o se hace indispensable la presencia de un conocido para soportarlas.

(3) Esta ansiedad o comportamiento de evitación no puede explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental como fobia social (p. ej., evitación limitada a situaciones sociales por miedo a ruborizarse), fobia específica (p. ej., evitación limitada a situaciones aisladas como los ascensores), trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., evitación de todo lo que pueda ensuciar en un individuo con ideas obsesivas de contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. ej., evitación de estímulos relacionados con una situación altamente estresante o traumática) o trastorno de ansiedad por separación (p. ej., evitación de abandonar el hogar o la familia).

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

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

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

O

Trastorno de angustia sin agorafobia

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

B. Ausencia de agorafobia.

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

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

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

Paso 3

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

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

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

Fobia social

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Fobia específica

A. Temor acusado y persistente que es excesivo o irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación

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

específicos (p. ej., volar, precipicios, animales, administración de inyecciones, visión de sangre).

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

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

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

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

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

G. La ansiedad, las crisis de angustia o los comportamientos de evitación fóbica asociados a objetos o situaciones específicos no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, por ejemplo, un trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., miedo a la suciedad en un individuo con ideas obsesivas de contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. ej., evitación de estímulos relacionados con un acontecimiento altamente estresante), trastorno de ansiedad por separación (p. ej., evitación de ir a la escuela), fobia social (p. ej., evitación de situaciones sociales por miedo a que resulten embarazosas), trastorno de angustia con agorafobia, o agorafobia sin historia de trastorno de angustia.

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

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

Trastorno de angustia con agorafobia (véase 2A.)

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

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

Agorafobia sin historia de trastorno de angustia

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

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

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

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

Paso 4

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

Trastorno obsesivo-compulsivo

A. Se cumple para las obsesiones y las compulsiones:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

D. Si hay otro trastorno del Eje I*, el contenido de las obsesiones o compulsiones no se limita a él (p. ej., preocupaciones por la comida en un trastorno alimentario, arranque de cabellos en la tricotilomanía, inquietud por la propia apariencia en el trastorno dismórfico corporal, preocupación por las drogas en un trastorno por consumo de sustancias, preocupación por estar padeciendo una grave enfermedad en la hipocondría, preocupación por las necesidades o fantasías sexuales en una parafilia o sentimientos repetitivos de culpabilidad en el trastorno depresivo mayor).

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

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

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

Eje II Trastornos de la personalidad. Retraso mental

Eje III Enfermedades médicas

Eje IV Problemas psicosociales y ambientales

Eje V Evaluación de la actividad global

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

Paso 5

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

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

Trastorno por estrés postraumático

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

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

C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:

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

(1) Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.

(2) Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma.

(3) Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.

(4) Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas.

(5) Sensación de desapego o enajenación frente a los demás.

(6) Restricción de la vida afectiva (p. ej., incapacidad para tener sentimientos de amor).

(7) Sensación de un futuro desolador (p. ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal).

D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (ausente antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:

(1) Dificultades para conciliar o mantener el sueño.

(2) Irritabilidad o ataques de ira.

(3) Dificultades para concentrarse.

(4) Hipervigilancia.

(5) Respuestas exageradas de sobresalto.

E. Estas alteraciones (síntomas de los criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes.

F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

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

Trastorno por estrés agudo

A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido (1) y (2):

(1) La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.

(2) La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos.

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

B. Durante o después del acontecimiento traumático, el individuo presenta tres (o más) de los siguientes síntomas disociativos:
   (1) Sensación subjetiva de embotamiento, desapego o ausencia de reactividad emocional.
   (2) Reducción del conocimiento de su entorno (p. ej., estar aturdido).
   (3) Desrealización (alteración de la percepción o experiencia del mundo exterior haciendo que parezca extraño o irreal (p.ej., la gente parece poco familiar o mecánica).
   (4) Despersonalización (alteración de la percepción o experiencia de uno mismo, en la que uno siente distanciamiento, o ser un observador externo de los propios procesos mentales o del cuerpo (p.ej., sentirse como si estuviera en un sueño)).
   (5) Amnesia disociativa (p. ej., incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma).

C. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente en al menos una de estas formas: imágenes, pensamientos, sueños, ilusiones, episodios de *flashback* recurrentes o sensación de estar reviviendo la experiencia, y malestar al exponerse a objetos o situaciones que recuerdan el acontecimiento traumático.

D. Evitación acusada de estímulos que recuerdan el trauma (p. ej., pensamientos, sentimientos, conversaciones, actividades, lugares, personas).

E. Síntomas acusados de ansiedad o aumento de la activación (arousal) (p. ej., dificultades para dormir, irritabilidad, mala concentración, hipervigilancia, respuestas exageradas de sobresalto, inquietud motora).

F. Estas alteraciones provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo, o interfieren de forma notable con su capacidad para llevar a cabo tareas indispensables, por ejemplo, obtener la ayuda o los recursos humanos necesarios explicando el acontecimiento traumático a los miembros de su familia.

G. Estas alteraciones duran un mínimo de 2 días y un máximo de 4 semanas, y aparecen en el primer mes que sigue al acontecimiento traumático.

H. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica, no se explican mejor por la presencia de un trastorno psicótico breve y no constituyen una mera exacerbación de un trastorno preexistente de los Ejes I o II.

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

Paso 6

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

Trastorno de ansiedad generalizada

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

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

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

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

   (1) Inquietud o impaciencia.

   (2) Fatigabilidad fácil.

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

   (4) Irritabilidad.

   (5) Tensión muscular.

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

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

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

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

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

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

Paso 7

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

Trastorno adaptativo con ansiedad

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

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

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

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

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

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

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

Paso 8

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

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

Trastorno de ansiedad no especificado

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

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

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

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

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

Aspectos culturales en relación con la clínica de la ansiedad

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

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

3.2. Entrevista semiestructurada

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

La entrevista semiestructurada (entre una entrevista dirigida y una libre), se adapta a las características del encuentro médico-paciente en el ámbito de la Atención Primaria. Empieza con preguntas más abiertas, (cuyos contenidos parcialmente predetermina el sanitario), apoya la narración del paciente y, posteriormente, dirige el encuentro con preguntas más específicas o cerradas, que consiguen no dejar interrogantes imprescindibles en la identificación y manejo del problema[55-58]. Las diferentes partes de la entrevista semiestructurada se describen en la tabla siguiente:

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

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

* En la **fase exploratoria**, de forma habitual, el profesional de Atención Primaria, tiene ya recogida previamente mucha de la información complementaria y de la esfera psicosocial de un paciente al que ya conocen tanto él como el resto del equipo, lo cual facilita el proceso.

** En la **fase final** de la entrevista debe recalcarse el acuerdo final, como reconversión de ideas y pactos alcanzados.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y ésta vigente aún no ha sido revisada.

3.3. Uso de escalas

Existen un gran número de instrumentos o escalas estructuradas que tratan de ayudar a detectar "posibles casos" de enfermedad.

Las escalas por sí mismas no generan diagnósticos, sino que permiten seleccionar personas con puntuación alta en las que se sospecha la presencia de patología mental, lo que justifica la realización posterior de un estudio más profundo[62]. Además, estos instrumentos de medida sirven para completar una adecuada valoración, ya que refuerzan el juicio diagnóstico elaborado tras la entrevista clínica y la exploración psicopatológica.

Todos estos instrumentos presentan limitaciones (sensibilidad y especificidad inferior al 100%), por lo que no es factible ni recomendable utilizar escalas de rutina en Atención Primaria con fines clínicos. En ningún caso sustituyen a la entrevista clínica, aunque son útiles como guía de la misma y para apoyar el juicio clínico, así como también en el ámbito de la investigación clínica, además de servir para comprobar el efecto de distintas intervenciones en la evolución de la enfermedad[62,63].

Debido a que el tiempo disponible para evaluar a los pacientes en las consultas de Atención Primaria es limitado, los instrumentos a utilizar deben ser fáciles de manejar e interpretar[59,64-66]. En este sentido se han seleccionado dos escalas (Anexo 2), una autoadministrada (*HAD-Hospital, Ansiedad y Depresión*) y otra heteroadministrada (*EADG-Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg*), que pueden ser útiles a la hora de proporcionar preguntas clave para guiar la entrevista clínica y para evaluar los cambios logrados con las distintas intervenciones, pero no para realizar cribado poblacional. Estas escalas no han sido validadas en la población inmigrante por lo que es posible que tanto su sensibilidad/especificidad como su utilidad clínica, para estos pacientes, sea más limitadas[48].

La *EADG-Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg*, fue concebida para permitir la detección de los dos trastornos psicopatológicos más frecuentes en Atención Primaria. Es un instrumento sencillo, breve y de fácil manejo, apropiado para ser administrado por el médico de Atención Primaria. Puede servir de guía de la entrevista, así como de indicador de la prevalencia, gravedad y evolución de dichos trastornos. La versión castellana ha demostrado su fiabilidad y validez en el ámbito de la Atención Primaria y tiene una sensibilidad (83,1%), especificidad (81,8%) y valor predictivo positivo (95,3%) adecuados[67].

La escala *HAD-Hospital, Ansiedad y Depresión*, tiene 14 ítems y fue diseñada para la evaluación de la ansiedad y la depresión en servicios hospitalarios de consulta externa no psiquiátricos. Es una medida de estado con dos

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

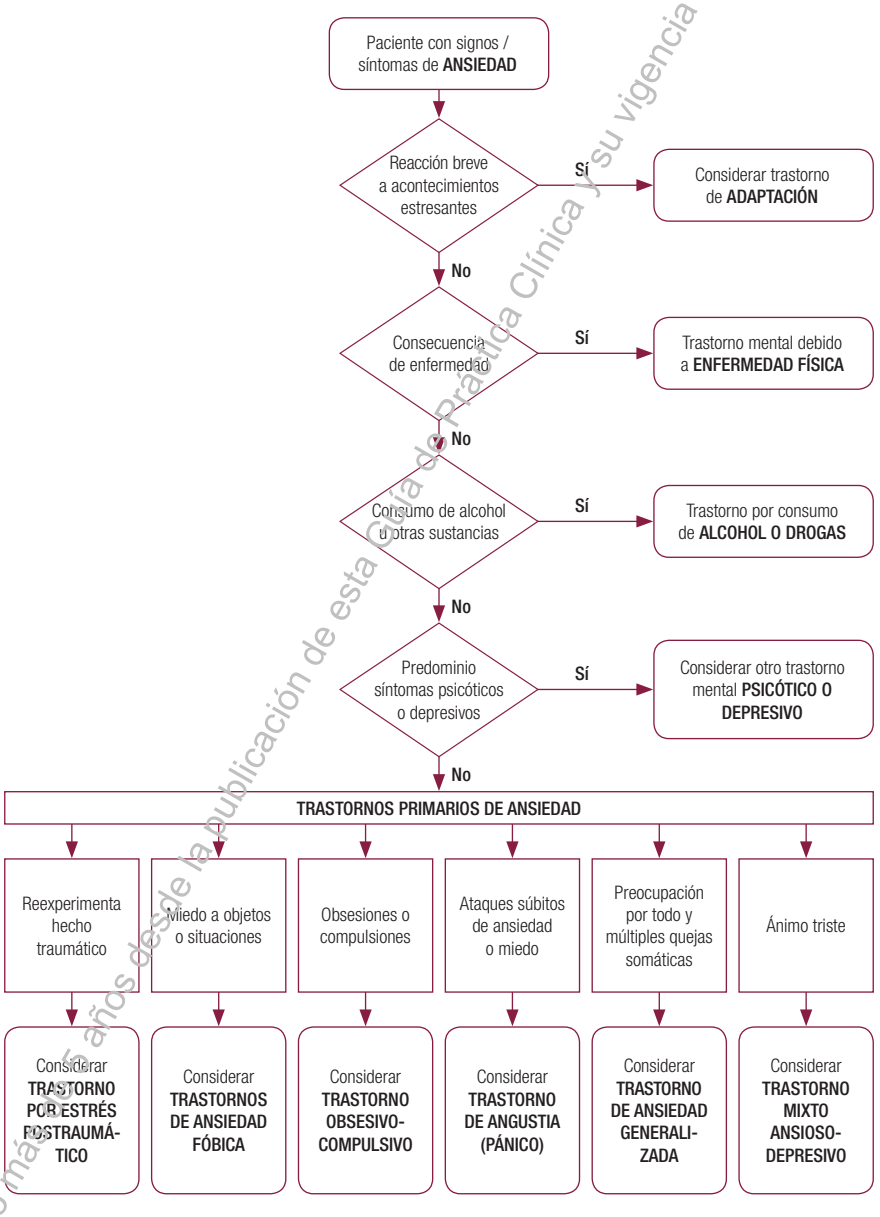
escalas, una para la ansiedad y otra para la depresión. Una de sus principales virtudes es la supresión de los síntomas somáticos para que se pueda evaluar independientemente de la enfermedad somática subyacente. Se trata de un instrumento útil validado en nuestro medio y de especial interés y utilidad en el contexto de Atención Primaria[68,69].

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

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

3.4. Algoritmo diagnóstico

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



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

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

4. Tratamiento de la ansiedad

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

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

4.1. Tratamiento psicológico

La psicoterapia es un proceso de comunicación interpersonal entre un profesional experto (terapeuta) y un sujeto necesitado de ayuda por problemas de salud mental (paciente) que tiene como objeto producir cambios para mejorar la salud mental del segundo[71,72]. Aunque el abordaje pisocoterapéutico se plantea desde numerosos enfoques teóricos, describimos, dentro de los diferentes modelos de intervención para el tratamiento de los trastornos de ansiedad, los dos grandes grupos en los que las investigaciones han centrado principalmente, sus estudios y dentro de los cuales se están realizando intervenciones psicológicas breves y estructuradas en Atención Primaria.

Terapias cognitivo-conductuales[73,74]

La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) se caracteriza por ser un método activo y directivo, y en ella paciente y terapeuta trabajan en forma conjunta y estructurada, con tareas fuera de sesión. Utiliza técnicas tanto conductuales como cognitivas en combinaciones diferentes según la sintomatología a abordar: relajación y respiración, entrenamiento autógeno, reestructuración cognitiva, exposición en vivo y diferida, detención del pensamiento, resolución de problemas, etc.

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

Psicoterapias psicodinámicas[75]

Su objetivo es promover la comprensión e integración de los aspectos del Yo en conflicto, encontrando nuevas maneras de integrar éstos para funcionar y desarrollarse con más libertad y eficiencia. Algunas de las técnicas que se incluyen entre las psicoterapias psicodinámicas son la psicoterapia breve y la psicoterapia de grupo. En el estudio de los trastornos de ansiedad las intervenciones basadas en las teorías psicodinámicas han recibido poca atención.

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

4.1.1. Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)

Con el tratamiento psicológico del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) se busca dotar al paciente con recursos que pueda poner en marcha para aprender a controlarse en cuanto detecte un aumento de los síntomas de ansiedad.

Las guías seleccionadas[79,76-78] consideran la TCC como tratamiento de elección para el TAG. La TCC reduce los síntomas de ansiedad y es más eficaz para el TAG que el no tratamiento o los métodos de tratamiento psicológico no específicos. Las ventajas de la terapia, en estudios a largo plazo, tienden a mantenerse de 6 meses a 2 años después del tratamiento[79-81]. **GPC (RS y ECA) 1++**

En comparación con las terapias farmacológicas, a corto plazo la TCC es tan eficaz como aquellas, pero falta evidencia de comparación para constatar esta eficacia a largo plazo. Sin embargo, sí hay evidencia de que la mayoría de los pacientes seguidos tras el tratamiento con TCC a largo plazo mantienen los beneficios de este tratamiento. Además, siempre hay que tener en cuenta las preferencias del paciente[76]. **ECA 1++**

La evidencia de revisiones sistemáticas muestra una respuesta clínica favorable en los pacientes asignados a TCC después del tratamiento, disminuyendo significativamente los síntomas de ansiedad, preocupación y depresión; todo esto en contraposición con los grupos de pacientes que estaban en la lista de espera para tratamiento o con tratamiento habitual. **RS de ECA 1++**

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

La TCC incluía entrenamiento para el tratamiento de la ansiedad, reestructuración cognitiva, entrenamiento en relajación, exposición situacional y desensibilización por autocontrol. Tanto la intervención individual como la grupal mostraron un efecto similar, pero los pacientes asignados a la terapia individual tuvieron menor probabilidad de abandonar el tratamiento. Las personas mayores también tuvieron mayor probabilidad de abandonar la terapia[82,83].

La característica de cronicidad asociada a los trastornos de ansiedad, el fracaso en completar el tratamiento y la cantidad de tratamientos intermedios durante el período de seguimiento, hace que los buenos resultados obtenidos a corto plazo no se garanticen en un período de tiempo más largo. Se obtienen peores resultados en el tratamiento a largo plazo cuando los pacientes presentan TAG más complejos y graves. No se encontró evidencia de que una mayor duración de la TCC consiga efectos a más largo plazo, por lo que concluyen que es improbable que los clínicos que van más allá de los protocolos de tratamiento estándar de aproximadamente 10 sesiones durante un período de 6 meses consigan una mayor efectividad[84,85]. **ECA 1++**

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

En varios estudios los médicos de familia son apoyados por especialistas que realizan las intervenciones. Consisten en cuatro a ocho sesiones durante 8 semanas en las que se ayuda a los pacientes a desarrollar habilidades cognitivo-conductuales. Se incluyen: estrategias de relajación física y cognitiva, reconocimiento y análisis de pensamientos ansiogénicos y de falta de autoconfianza, técnicas de detención de estos pensamientos, búsqueda de alternativas útiles y entrenamiento en acciones para resolución de problemas, técnicas para mejorar el sueño y trabajo en casa[86,87]. **ECA 1+**

Otro ECA[88], en el contexto de AP, compara tres intervenciones: autoyuda con un manual –guiada por el médico de familia–, seguimiento de las recomendaciones de GPC y derivación a TCC en Atención Especializada. La intervención más viable y útil, según los propios médicos de familia, es la autoayuda guiada, **ECA 1+**

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

en la que los médicos explican la ansiedad y técnicas cognitivas simples, basadas en ejercicios de relajación y exposición *in vivo,* para identificar los pensamientos ansiogénicos y cambiarlos por otros más realistas y racionales. Después se trabaja en casa 3 horas semanales. Así el médico de familia puede tratar de manera efectiva a pacientes que considera no deben ser derivados.

Estudio pre-post 1- Ensayo Controlado no Aleatorizado 1+

La efectividad de la TCC se ha demostrado también en experiencias de nuestro propio contexto, donde diversos estudios realizados en centros de salud evaluaron la utilidad de talleres grupales impartidos por trabajadores sociales o enfermería. Se realizaron una media de 8 sesiones (1 por semana), con intervenciones como entrenamiento en respiración controlada, relajación, afrontamiento de estrés, reestructuración cognitiva, asertividad, técnicas de resolución de problemas y autoestima y ejercicios de percepción y comunicación entre otros. Se demostró un descenso medio de la ansiedad postintervención según la escala EADG y una disminución de las situaciones temporales ansiosas, mejorándose, en menor grado, la tendencia habitual de un sujeto a reaccionar ansiosamente[89,90].

Estas experiencias de nuestro entorno coinciden en la necesidad de investigar sobre los efectos a largo plazo de estas terapias, incluyendo grupos control y procedimientos de ciego, y valorando su efecto sobre el consumo de psicofármacos[89,90].

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

Recomendaciones generales	
A	Se recomienda la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) como uno de los tratamientos de elección para el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) por su efectividad en la reducción de los síntomas de ansiedad, preocupación y tristeza, tanto a corto como a largo plazo, aunque se deben tener en cuenta las preferencias del paciente.
A	Las intervenciones con TCC deben incluir una combinación de intervenciones tales como reestructuración cognitiva, exposición, relajación y desensibilización sistemática.
A	La TCC debe ser aplicada en unas 10 sesiones (unos 6 meses) como media, ya que no se consigue una mayor efectividad aplicándola durante más tiempo.
A	La TCC puede ser aplicada de manera individual o en grupo, ya que los efectos son similares, aunque el tratamiento individual conlleva menores tasas de abandono.

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

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

Aplicación en el ámbito de Atención Primaria	
B	Se recomienda la aplicación de intervenciones cognitivo-conductuales (relajación, reconocimiento de pensamientos ansiogénicos y de falta de autoconfianza, búsqueda de alternativas útiles y entrenamiento en acciones para resolución de problemas, técnicas para mejorar el sueño y trabajo en casa) por profesionales entrenados en los centros de salud.
B	Se aconseja la realización de talleres grupales basados en relajación y técnicas cognitivas aplicables en los centros de salud.
√	Los talleres grupales deben tener una duración de al menos 8 sesiones (1 por semana), realizarse de forma reglada y ser dirigidos por profesionales entrenados de los equipos de atención primaria.

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

La característica esencial del Trastorno de Angustia (TA) es la presencia de crisis recurrentes de ansiedad grave (crisis de angustia o crisis de pánico). El tratamiento psicológico del Trastorno de Angustia (TA) tiene como objetivo principal reducir, de forma consistente, la frecuencia, duración e intensidad de las crisis, respecto a las registradas antes del proceso de diagnóstico y abordaje terapéutico[91].

En las guías revisadas se considera la TCC como tratamiento de elección para el TA, por la existencia de pruebas de un efecto más duradero. En estudios a largo plazo las ventajas se mantuvieron hasta 2 años después de la terminación del tratamiento y se constata que la TCC puede ser más eficaz que la medicación en la prevención de recaídas[70,76,92-94]. **GPC (RS y ECA) 1+** **Estudio pre-post 1-**

Las intervenciones incluyen la psicoeducación, la exposición a los síntomas o situaciones, la reestructuración cognitiva, las técnicas de respiración y las técnicas de manejo del pánico[78].

La TCC es efectiva con o sin exposición y para la mayoría de los pacientes se recomiendan sesiones semanales de 1 a 2 horas, hasta completar el tratamiento, como máximo a los 4 meses desde su comienzo[80]. La TCC que incluye exposición alivia los síntomas en el TA sin agorafobia o con una agorafobia media o moderada; la terapia de exposición *in vivo* como monoterapia alivia los síntomas de la evitación agorafóbica[95,96]. **GPC (RS y ECA) 1+** **Metaanálisis/ RS de ECA 1+**

La TCC además de ser eficaz para reducir el TA, mejora la calidad de vida de los pacientes y se asocia con una reducción de los síntomas de carácter depresivo asociados al trastorno[97]. **Metaanálisis 1++**

Han transcurrido más de 5 años o se ha publicado nueva Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Además, aumenta significativamente la proporción de personas con mejoría, clínica y estadísticamente significativa, de los síntomas de pánico a los 6 meses de seguimiento[98].

RS de ECA 1+

Cuando se compara la eficacia de la TCC y la farmacoterapia (ISRS y tricíclicos), ambos tratamientos son igualmente eficaces en la mejora de los síntomas de ansiedad, aunque dependiendo del tipo de análisis se muestra una efectividad ligeramente más alta para la TCC[97].

Metaanálisis 1++

Cuando estas terapias son llevadas a cabo por psicólogos integrados en AP, se observa que la TCC estándar (8 sesiones de 45 minutos) en comparación con una TCC de contacto mínima (3 sesiones de 10 minutos y 3 sesiones de 30 minutos) y con biblioterapia (3 sesiones de 1 hora y media), es la más eficaz en términos de reducción de la gravedad, de cambio de los síntomas y de funcionamiento social. Esta TCC, al ser bastante más corta que otras, representa un tratamiento eficiente del TA y la agorafobia en AP[99].

ECA 1+

Otro ECA en el contexto de AP, ya referido en el tratamiento del TAG, que comparaba las intervenciones de autoayuda, guiada por el médico de familia, con un manual, seguimiento de las recomendaciones de GPC y derivación a TCC en atención especializada, también demuestra que en los pacientes con TA la intervención más factible y ventajosa fue la autoayuda guiada[88].

ECA 1+

Cuando se investiga la eficacia relativa de la TCC aplicada individualmente y en grupo, realizada por psicólogos en el contexto de AP, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre ambos tratamientos, pero sí hay una diferencia clínicamente relevante a favor de la terapia individual[100].

ECA 1+

Los estudios realizados en nuestros centros de salud por trabajadores sociales y/o enfermeras[89,90], ya descritos en el tratamiento del TAG, avalan también la utilidad de diversos talleres de técnicas cognitivas (afrontamiento de estrés, reestructuración cognitiva, técnicas de resolución de problemas) y de relajación de carácter grupal (método autógeno de Shultz) en la reducción de la ansiedad.

Estudio pre-post 1- Ensayo Controlado no Aleatorizado 1+

Cuando se compara la efectividad de la terapia psicológica con el tratamiento farmacológico, las conclusiones determinan que no es que la TCC no tenga efectos duraderos, sino que se necesitan más estudios basados en una metodología robusta y realizados con datos fiables[101].

RS de distintos tipos de estudios 1+

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

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

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

4.1.3. Crisis de angustia/pánico

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

En el tratamiento de la crisis de pánico se debe tener en cuenta que los episodios que la caracterizan afectan, de forma importante, la vida de las personas que las padecen y que aunque se puede mejorar ocasionalmente, no suelen desaparecer a menos que se reciba un tratamiento adecuado[102].

Algunos estudios señalan que de las personas con crisis de angustia que van a un centro sanitario, el 32% acuden a urgencias hospitalarias, el 26% a salud mental y el 35% a Atención Primaria. El papel que juega el médico de familia ante estos ataques es muy importante. Los pacientes que acuden a su centro de salud con una crisis de pánico se encuentran ante las

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

primeras manifestaciones de la enfermedad y presentan menor gravedad en los síntomas que aquellos que acuden a los servicios de salud mental. Esto puede explicar en parte, que los resultados obtenidos con el tratamiento en Atención Primaria sean mejores, en cuanto a menor frecuencia de consultas y de necesidad de medicación por lo que a este motivo se refiere, así como de una menor utilización de la automedicación[103-106].

No se ha encontrado suficiente evidencia de ensayos que investiguen sobre el tratamiento sintomático de la crisis de angustia, sobre todo en la parte del tratamiento agudo de la crisis[70,76-78]. **GPC (Opinión de expertos) 4**

En nuestro contexto y dentro del ámbito de Atención Primaria, se podrían incluir medidas conductuales y de apoyo que contienen psicoeducación (tranquilizar al paciente, consejos de actuación por escrito), entrenamiento en el manejo de los síntomas (con enseñanza de técnicas de relajación y aprendizaje de ejercicios de respiración para manejar la hiperventilación), y técnicas de exposición. Además, es importante informar a la familia sobre este tipo de actuaciones ante la aparición de nuevas crisis.

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

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

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

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

Las intervenciones psicológicas de aplicación en AP deben realizarse por profesionales formados y tener unas características comunes de aplicabilidad[74]: Opinión de expertos 4

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

La siguiente tabla recoge las técnicas psicológicas que podrían aplicarse en el ámbito de AP:

Tabla 9. Técnicas psicológicas aplicables en el ámbito de AP

Técnicas conductuales[59, 107]	Opinión de expertos 4
Técnicas de relajación: • Entrenamiento en relajación progresiva • Entrenamiento en control de la respiración Técnicas de exposición: • Desensibilización sistemática • Exposición gradual *in vivo* Técnicas de autocontrol: • Autoobservación • Autoreforzamiento y autocastigo • Control de estímulos Entrenamiento en habilidades sociales	
Técnicas cognitivas[107, 108]	
Autoinstrucciones Entrenamiento en el manejo de la ansiedad Distracción cognitiva y detención del pensamiento Técnicas de resolución de problemas[73,109,110] Reestructuración cognitiva[58,59,73,74,111]	
Técnicas de orientación psicodinámica	
Terapia interpersonal (TIP)[58,75,112]	
Otras técnicas	
Terapia Familiar Breve (TFB)[113-115] Técnicas de *Counselling* (consejo asistido)[59,111]	

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

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

Opinión de expertos 4

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

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

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

4.3. Tratamiento farmacológico

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

4.3.1. Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)

Hay que tener en cuenta la cronicidad de este trastorno. Habitualmente se aconsejan tratamientos prolongados que puedan proporcionar la estabilidad clínica.

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

Antidepresivos

Una de las primeras revisiones sistemáticas con ECA que utilizan antidepresivos constata una eficacia comparable entre las benzodiacepinas y los antidepresivos para el tratamiento agudo del TAG[116]. **RS de ECA 1+**

Cuando se revisa la eficacia de los antidepresivos imipramina, venlafaxina y paroxetina frente al placebo y su grado de aceptación, midiendo los resultados en términos de "ausencia de respuesta", "tasa de abandono" y "efectos secundarios específicos", se observa que existe mayor probabilidad de respuesta al tratamiento a corto plazo en el caso de los antidepresivos que en el placebo (NNT global para los antidepresivos de 5,5-IC del 95%:4,1;8,4), que no se encuentran diferencias significativas, en cuanto a abandonos, entre ambos (sugiere que se puede tolerar bien el uso de estos fármacos), y que los efectos secundarios son más frecuentes en los grupos tratados con fármacos que con placebo. Los resultados en eficacia y tolerabilidad son similares para la paroxetina y la imipramina. Aunque usualmente la venlafaxina y la paroxetina se asocian con un mejor perfil de grado de aceptación, no se encontraron diferencias con la imipramina tricíclica en términos de abandonos[117,118]. **RS de ECA 1++ ECA 1+**

Los fármacos sertralina y escitalopram, comparados con placebo, aumentan las tasas de respuesta y mejoran los síntomas del TAG[83,119]. **RS de ECA 1++**

Investigaciones con otros antidepresivos destacan el papel de otros fármacos, como la duloxetina, por su buena tolerancia y su eficacia en comparación con placebo para reducir las alteraciones funcionales de los pacientes y mejorar su calidad de vida y bienestar. Hacen falta más estudios sobre su eficacia en comparación con otros antidepresivos[120-122]. **ECA 1+**

Los efectos adversos encontrados para las familias de antidepresivos citados anteriormente se asocian con sedación, mareos, náuseas, sequedad de boca, estreñimiento, caídas y disfunción sexual, entre otros, aunque en muchos de los ensayos no se refleja su significación estadística. Sí hay evidencia de que la mayoría de ellos (salvo el mareo y la disfunción sexual) disminuyeron a los 6 meses en aquellos pacientes que continuaron con la medicación. Por otra parte, la interrupción brusca del tratamiento con ISRS se asoció **Series de casos 3**

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

con efectos adversos como mareo, cefalea, náuseas, vómito, diarrea, trastornos de movimiento, insomnio, irritabilidad, alteraciones visuales, letargo, anorexia y estados de desánimo. En relación con la utilización de los ISRS hay que tener en cuenta un posible riesgo aumentado de autolesiones y suicidios e hiponatremia[123].

RS de ECA 1++
Series de casos 3

La FDA alerta de complicaciones cuando se toman durante el embarazo: malformaciones congénitas, sobre todo cardiacas, si se usa la paroxetina en el primer trimestre del embarazo, aumentando su categoría de riesgo en el embarazo de la C a la D (clasificación según su potencial teratógeno)[83,124]. Además, con los ISRS en las últimas fases del embarazo, hay cierta evidencia de la interferencia con los sistemas respiratorio y parasimpático en los neonatos, observándose un mayor riesgo de síntomas respiratorios y del sistema nervioso central. También pueden encontrarse hipoglucemias y problemas de adaptación neonatal. Si bien, todos estos resultados no son siempre debidos a la toxicidad o retirada de los ISRS.

RS de distintos tipos de estudios/ estudios de cohortes 2++

Para disminuir el riesgo de efectos adversos neonatales, se debe usar la dosis eficaz más baja de ISRS, la duración de tratamiento más corta posible, y como monoterapia siempre que sea factible. Durante el embarazo, se debe considerar, por tanto, si las ventajas potenciales debidas a los ISRS prescritos para la madre superan los posibles riesgos para el feto[125-130].

Metaanálisis 1+

GPC (RS y ECA) 1++

Las guías revisadas consideran la utilización de antidepresivos como uno de los tratamientos de elección para el TAG, destacando la paroxetina, escitalopram, sertralina y venlafaxina de liberación prolongada, por sus mejoras significativas en la calidad de vida y en la discapacidad funcional[70,76-78,131]. La paroxetina, el escitalopram y la venlafaxina han demostrado eficacia a largo plazo, con tasas de respuesta que siguen aumentando más allá de los 6 meses de tratamiento. Cuando se interrumpe el tratamiento, existe un riesgo de recaída del 20% al 40%, entre 6 y 12 meses después de la interrupción del mismo. Se sugiere, pues, que el tratamiento a largo plazo será a menudo necesario[70,132-134].

ECA 1+

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

Aviso sobre la venlafaxina: NICE alerta sobre una mayor probabilidad de interrupción del tratamiento por sus efectos secundarios y de un mayor coste que los ISRS, comparado con la misma efectividad. Avisa sobre los efectos cardiotóxicos e hipertensivos, especialmente asociados con dosis superiores a las terapéuticas (recomienda no superar la dosis de 75mg/día). En este sentido, recomienda que cuando se prescriba la venlafaxina a pacientes hipertensos, la hipertensión esté controlada, y que no sea prescrita a pacientes con alto riesgo de arritmias cardiacas o con infarto de miocardio reciente[77,135]. **GPC (Serie de Casos) 3**

Cuando la respuesta a las dosis óptimas de uno de los ISRS es inadecuada o no son bien tolerados, debe cambiarse a otro ISRS. Si no hay ninguna mejoría después de 8-12 semanas, considerar la utilización de otro fármaco con diferente mecanismo de acción (ISRN, ADT)[70,76]. **GPC (Opinión de expertos) 4**

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

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

Nota: La Ficha Técnica de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS)[136] para la sertralina, no recoge la indicación terapéutica para el TAG. En el caso de la imipramina (Ficha Técnica no disponible) el prospecto tampoco recoge dicha indicación.

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

Ansiolíticos: benzodiacepinas (BZD)

El alprazolam, bromazepam, lorazepam y diazepam han demostrado ser eficaces en el tratamiento del TAG. No hay suficiente evidencia que evalúe la eficacia del clonazepam, de vida media larga y bajo potencial para la ansiedad de rebote, pero es probable que obtenga beneficios similares a los de otras BZD[70,76-78].

GPC (RS y ECA) 1++,1+

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

GPC (RS y ECA) 1+

Se han observado efectos secundarios con las BZD, en relación con un mayor riesgo de dependencia, tolerancia, sedación, accidentes de tráfico y efectos en su retirada (ansiedad de rebote)[83]. Durante el embarazo la evidencia existente no es suficiente para determinar si las ventajas potenciales de las BZD para la madre superan a los posibles riesgos para el feto[137,138]. Para evitar el riesgo potencial de defectos congénitos, se debe usar la dosis eficaz más baja de BZD, la duración de tratamiento más corta posible, y como monoterapia. Si se necesitan concentraciones más altas, se debería dividir la dosificación diaria en dos o tres dosis, evitando el empleo durante el primer trimestre[137,139]. En etapas avanzadas del embarazo o durante la lactancia, las BZD pueden causar efectos adversos en los neonatos (hipotonía neonatal, síndrome de retirada, sedación e hipotermia)[78,83,140-143].

RS de distintos tipos de estudios 2++

RS de distintos tipos de estudios 2++ Estudio observacional 2+ Metaanálisis 1++ RS de distintos tipos de estudios 2++/estudios observacionales 2+

Por su eficacia y efectos adversos descritos, se recomienda su utilización a corto plazo, no más allá de 2 a 4 semanas, sobre todo cuando es crucial el control rápido de los síntomas y mientras se espera la respuesta a las ventajas del tratamiento con antidepresivos o TCC. El uso a largo plazo se debe supervisar de cerca[70,76-78].

GPC (RS y ECA) 1+

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

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

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

Otros fármacos

Azapironas

Las azapironas (buspirona) parecen ser útiles y superiores al placebo a corto plazo (4 a 9 semanas), sobre todo si los pacientes no han tomado benzodiacepinas antes. Los efectos secundarios no parecen ser graves y se trata sobre todo de síntomas físicos (nauseas, mareos y somnolencia).

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

No es posible concluir si son superiores a las BZD, los antidepresivos y la psicoterapia. Es necesario realizar más estudios para poder establecer conclusiones acerca de su eficacia a largo plazo[70,139,141]. Aunque tienen aprobada su indicación para el TAG en España, su uso es muy limitado.

Pregabalina

La pregabalina (anticonvulsivante), comparado con el placebo demuestra ser eficaz en los síntomas psíquicos y somáticos y además es bien tolerada. Los efectos adversos se asocian con somnolencia, vértigos y dolor de cabeza. La experiencia clínica con este fármaco es limitada[70,83,145-148].

GPC (RS y ECA) 1+
ECA 1+

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

Hidroxicina

La hidroxicina, empleado generalmente como antihistamínico, posee acción sedante y tranquilizante. Comparada con el placebo mejora los síntomas de ansiedad, y cuando se compara con otros fármacos (bromazepam y buspirona) no se obtienen diferencias significativas en la efectividad. Los efectos secundarios encontrados son, sobre todo, dolor de cabeza y somnolencia. La experiencia clínica también es limitada[70,83].

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

Antipsicóticos atípicos

La olanzapina, risperidona y ciprasidona pueden tener algún beneficio como adyuvantes en el TAG refractario, pero faltan ensayos metodológicamente robustos para comprobar su eficacia y seguridad[70,149,150].

GPC (ECA) 1-
ECA 1-

Otros

Otros antidepresivos como mirtazapina, citalopram, trazodona y bupropion de liberación lenta, anticonvulsivantes como la tiagabina, el riluzol (fármaco utilizado en la Esclerosis Lateral Amiotrófica), y nuevos ansiolíticos como el deramciclane, pueden tener cierta eficacia, si bien se necesitan ECA con placebo y mayor tamaño muestral para confirmar estos resultados[70,151-153].

GPC (ECA) 1+
ECA 1+/1-

No recomendados

Los beta-bloqueantes (propranolol) no son más efectivos que el placebo[70,76].

GPC (ECA) 1+

Recomendaciones sobre otros fármacos para el TAG

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

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

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

El objetivo del tratamiento farmacológico del TA es bloquear la aparición de nuevas crisis de angustia. Esto lleva asociado que se provoquen otras acciones beneficiosas, aliviando la ansiedad anticipatoria, mejorando la autoconfianza y la evitación fóbica, con un efecto positivo sobre la depresión asociada y una mejora en el funcionamiento global[154,155].

El TA se caracteriza por una alta tendencia a la cronificación y además está asociado a frecuentes complicaciones[156]. Es aconsejable, pues, un control específico con tratamientos prolongados que aseguren el mantenimiento clínico.

Antidepresivos

Los primeros estudios realizados ponen de manifiesto la eficacia de los ISRS[157]. **Metaanálisis 1+**

Revisiones posteriores encuentran que la paroxetina, fluoxetina, fluvoxamina, citalopram, sertralina, clorimipramina e imipramina, comparados con placebo, mejoran los síntomas. Los efectos adversos asociados con estos fármacos son cefalea, temblor, sequedad de boca, somnolencia, náuseas y mareo, entre otros. La tasa de abandono por efectos adversos fue del 11%, y fue similar entre los ISRS y los ADT[98,158]. **RS de ECA 1+**

La FDA alerta sobre la utilización de ISRS y un riesgo aumentado de autolesiones, suicidios e hiponatremia[123]. Advierte también de complicaciones durante el embarazo: hipertensión pulmonar persistente neonatal y malformaciones congénitas, sobre todo cardiacas, con la paroxetina en las primeras fases del embarazo, aumentando su categoría de riesgo en el embarazo de la C a la D (clasificación según su potencial teratógeno)[130]. Además, los ISRS en las últimas fases del embarazo pueden interferir con los sistemas respiratorio y parasimpático en los neonatos, con un mayor riesgo de síntomas respiratorios y del sistema nervioso central. También pueden encontrarse efectos de hipoglucemia y problemas de adaptación. Si bien, todos estos resultados no son siempre debidos a la toxicidad o retirada de los ISRS. Para evitar el riesgo potencial de efectos adversos en el neonato, se debe usar la dosis eficaz más baja de ISRS y la duración de tratamiento más corta posible, y a ser posible como monoterapia[125-130]. **Series de casos 3**

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

Metaanálisis 1+

Han transcurrido más de 3 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y ya ha sido revisada.

Las guías revisadas consideran la utilización de ISRS (citalopram, escitalopram, fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina y sertralina) y de ISRSN (venlafaxina de liberación prolongada) como uno de los tratamientos farmacológicos de elección para el TA por sus mejoras significativas en la gravedad del pánico[70,76-78]. Los ISRS citados demuestran además una mejoría significativa en la ansiedad anticipatoria, en la evitación agorafóbica y en la discapacidad funcional y la calidad de vida. La paroxetina, el citalopram, la fluoxetina, la sertralina y la venlafaxina han demostrado beneficios mantenidos y mejoras continuadas a lo largo de 6 a 12 meses de tratamiento[70,159,160].

GPC (RS y ECA) 1++

GPC (RS y ECA) 1+ ECA 1+

Aviso sobre la venlafaxina: la MHRA (Medicines and Healthcare products Regulatory Agency) alerta sobre sus efectos cardiotóxicos e hipertensivos, especialmente asociados con dosis superiores a las terapéuticas[135].

Serie de casos 3

Existe evidencia limitada sobre el mantenimiento a largo plazo (más allá de 6 meses tras finalizar el tratamiento) de los beneficios obtenidos con los tratamientos a corto plazo, cuando no se mantiene la continuación de dicho tratamiento[161], siendo difícil establecer la idoneidad de la duración del tratamiento. Aunque la imipramina y la venlafaxina, han demostrado prevenir las recaídas a largo plazo, la interrupción del tratamiento con antidepresivos conlleva un riesgo de recaídas, por lo que la terapia debe realizarse muchas veces durante largo plazo (al menos 12 meses)[70,162].

RS de distintos tipos de estudios 2++

GPC (RS y ECA) 1+ ECA 1+

Investigaciones con otros antidepresivos han demostrado la eficacia de la mirtazapina y del milnacipran en ensayos abiertos[70,163].

GPC (ECA) 1+ ECA 1-

Otros estudios con IMAO y RIMAS, demuestran que algunos, como la fenelzina, parecen ser efectivos. La eficacia de los RIMA (moclobemida) no está tan clara. Debido a sus efectos secundarios y a sus interacciones con otros fármacos y componentes de la dieta, su utilización se recomienda sólo cuando otros fármacos han fallado[70,78].

Cuando la respuesta a las dosis óptimas de uno de los ISRS es inadecuada o no son bien tolerados, debe cambiarse a otro ISRS. Si no hay ninguna mejoría después de 8-12 semanas, considerar la utilización de otro fármaco con diferente mecanismo de acción (ISRN, ADT, mirtazapina)[70,76].

GPC (Opinión de expertos) 4

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

Recomendaciones sobre antidepresivos para el Trastorno de Angustia (TA)

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

Nota[136]:

La Ficha Técnica de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) para la venlafaxina, la fluoxetina y la fluvoxamina, no recoge la indicación terapéutica para el TA.

La Ficha Técnica del medicamento clorimipramina y el prospecto de la imipramina (Ficha Técnica no disponible) incluye la indicación de crisis de angustia, pero no el trastorno de angustia.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia ha sido revisada.

Ansiolíticos - Benzodiacepinas (BZD)

El alprazolam, clonazepam, lorazepam y diazepam han demostrado ser eficaces para el TA[70,76-78,98]. El alprazolam ha demostrado reducir la frecuencia de los ataques de pánico y los síntomas de agorafobia y ansiedad anticipatoria[160]. La formulación de liberación retardada parece tener una buena rapidez de inicio del efecto, con la ventaja de una mayor duración de su acción terapéutica[164]. El uso de clonazepam a corto plazo, al inicio del tratamiento, junto con los ISRS, puede llevar a una respuesta más rápida[70]. Sin embargo, las BZD están asociadas a un amplio espectro de efectos adversos, tanto durante como después del tratamiento (dependencia, síndrome de abstinencia por su cese y recurrencia ante la discontinuidad del tratamiento). En pacientes con TA se ha observado este efecto de retirada brusca con el alprazolam[78,98,165].

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

Ya que el uso a largo plazo de las BZD está asociado con problemas, se recomienda utilizarlas durante un período limitado (corto plazo) y con la dosis más baja posible para disminuir los síntomas del TA, teniendo que disminuir ésta gradualmente. Se recomienda también su uso a corto plazo, en cualquier momento, para disminuir la agitación o ansiedad aguda o grave. En su utilización a largo plazo, las guías seleccionadas, no las recomiendan, pero si se usan, añaden que su uso debe estar supervisado[70,76-78].

GPC (RS y ECA) 1+

Durante el embarazo la evidencia existente no es suficiente para determinar si las ventajas potenciales de las BZD para la madre superan a los posibles riesgos para el feto[137,138]. En etapas avanzadas del embarazo o durante la lactancia, las BZD pueden causar efectos adversos en los neonatos (hipotonía neonatal, síndrome de retirada, sedación e hipotermia)[78,83,140-143]. Para evitar el riesgo potencial de defectos congénitos, se debe usar la dosis eficaz más baja de BZD, la duración de tratamiento más corta posible, y como monoterapia. Si se necesitan concentraciones más altas, se debería dividir la dosificación diaria en dos o tres dosis, evitando el empleo durante el primer trimestre[137].

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

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

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

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

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

Otros fármacos

Azapironas

No está clara la eficacia de las azapironas (buspirona), por lo que no se recomienda su utilización[70,97,98].

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

Antipsicóticos atípicos

La olanzapina, quetiapina y risperidona, añadidos al tratamiento antidepresivo, pueden tener algún beneficio para el TA refractario[70,149,166].

GPC (ECA) 1-
ECA 1-

Otros[70]

GPC (ECA) 1+/1-

- Pindolol (beta-bloqueante y antagonista del receptor serotoninérgico 1A): añadido a la fluoxetina parece mejorar los síntomas en pacientes con TA resistentes al tratamiento.
- Gabapentina (anticonvulsivante): cierta eficacia en pacientes graves.

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

- Valproato sódico (anticonvulsivante) y bupropion de liberación sostenida (antidepresivo), han demostrado cierta eficacia en ensayos abiertos.

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

No recomendados[70] GPC (ECA) 1+

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

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

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

4.3.3. Crisis de angustia/pánico

Es escasa la evidencia sobre el tratamiento farmacológico agudo de los ataques de pánico.

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

En el tratamiento farmacológico de mantenimiento se constata la utilización de ISRS y ADT como fármacos de elección. En los pacientes tratados 8 a 10 semanas con imipramina o fluoxetina, comparado con placebo, se encuentra un efecto significativo en la reducción del número de crisis espontáneas[167]. ECA 1+

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

Recomendaciones sobre el tratamiento farmacológico para la crisis de angustia

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

4.4. Tratamiento combinado: terapias psicológica y farmacológica

RS de ECA 1+

Hay pocos estudios metodológicamente adecuados para saber si la terapia combinada es superior a la monoterapia, pero los que directamente comparan la terapia combinada con el tratamiento farmacológico, muestran la ventaja para la combinada, con lo que se sugiere que debe considerarse la utilización de un ciclo de TCC, para aquellos pacientes que recibiendo sólo farmacoterapia hayan obtenido una respuesta parcial con la medicación. Además, salvo para el TA, el añadir fármacos a la TCC parece que no interfiere negativamente en los efectos logrados a largo plazo con la TCC sola[168].

4.4.1. Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)

ECA 1+

En un ECA en Atención Primaria, se combina la utilización de TCC (proporcionada por psicólogos) y diazepam. La TCC consistió en 7 sesiones en 9 semanas, con intervenciones como terapia cognitiva y relajación muscular progresiva y con tarea para casa, trabajando la técnica de exposición a las situaciones y pensamientos generadores de ansiedad. Se observó una ventaja, en términos de gravedad y cambio global de los síntomas, del tratamiento combinado frente al diazepam solo, pero no frente a la utilización de la TCC por si sola. La TCC, bien sola o combinada con fármaco o placebo, mostró la menor incidencia de derivaciones al psicólogo y/o psiquiatra a los 6 meses de seguimiento[169].

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

En nuestro contexto, las experiencias reflejan, de manera directa[170] o indirecta[89,90], la mejora de la sintomatología al añadir intervenciones grupales, cognitivas y de relajación al tratamiento farmacológico. Estas intervenciones son llevadas a cabo en el centro de salud, fundamentalmente por enfermería y/o trabajadores sociales.

ECA 1+
Estudio pre-post 1-
Ensayo Controlado no Aleatorizado 1+

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

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

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

El tratamiento combinado parece practicarse muy frecuentemente en condiciones reales, posiblemente debido a la insuficiencia de cualquiera de las monoterapias (tratamiento farmacológico o psicológico) para prevenir las recurrencias a largo plazo.

En una revisión sistemática se observa que, a corto plazo (fase aguda, de 2-4 meses), el tratamiento combinado (psicoterapia más antidepresivos) es más efectivo que la psicoterapia sola o el tratamiento con antidepresivos solos, mientras que a largo plazo, el tratamiento combinado es tan efectivo como la psicoterapia sola y es más efectivo que el tratamiento con antidepresivos solos[171]. En algunos estudios, durante el seguimiento, se ha observado que la terapia combinada interfirió en el mantenimiento de los beneficios obtenidos a largo plazo por la TCC[172-174].

RS de ECA 1++

ECA 1+

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

En la revisión citada, las pruebas más sólidas en cuanto a psicoterapia fueron para la TCC que utilizó técnicas de exposición y reestructuración cognitiva. El análisis de subgrupos con antidepresivos muestra resultados similares para tricíclicos e ISRS. La revisión concluye que se puede elegir la combinación de la TCC y tratamiento farmacológico o la TCC sola como el tratamiento de primera línea, de acuerdo a las preferencias del paciente. El tratamiento con antidepresivos solos no se debe recomendar como tratamiento de primera línea cuando están disponibles otros recursos más apropiados[171]. **RS de ECA 1++**

En AP, hay evidencia de que la aplicación del tratamiento combinado de TCC (por especialistas y/o psicólogos) y medicación ansiolítica, frente a la utilización de medicación sola, produce una mejoría en indicadores como sensibilidad a la ansiedad, evitación social y discapacidad, tanto a los 3 meses de tratamiento como a los 12 meses de seguimiento. La TCC incluía relajación, exposición, asignaciones comportamentales, información sobre los ataques de pánico, identificación de los errores cognitivos y enfrentamiento a dichos errores[175]. **ECA 1+**

Cuando la terapia combinada en AP incluye TCC breve y medicación, también ha mostrado una respuesta más robusta y consistente que el tratamiento farmacológico solo. La TCC breve incluye un manual escrito de tratamiento y técnicas de exposición y de manejo del pánico por psicólogos, con una media de 6-8 sesiones en 12 semanas. En ocasiones se realizan contactos telefónicos breves. La medicación incluye ansiolíticos y/o antidepresivos[176,177]. **ECA 1+**

Los estudios llevados a cabo en nuestros centros de salud, como ya se expresó para el tratamiento del TAG, señalan el beneficio, también para el TA, de intervenciones cognitivas y de relajación grupal, añadidas al tratamiento farmacológico, en cuanto a la mejora de la sintomatología se refiere[89,90,170]. **ECA 1+ Estudio pre-post 1- Ensayo Controlado no Aleatorizado 1+**

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

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

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

4.4.3. Crisis de angustia/pánico

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

4.5. Otros tratamientos

4.5.1. Tratamientos de autoayuda

Los programas de autoayuda pueden ofrecer algunas ventajas en el cuidado de los trastornos de ansiedad en Atención Primaria[178,179]. Las alternativas más utilizadas son la biblioterapia y la ayuda con programas *on-line*.

RS y metaanálisis de ECA 1+

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

Biblioterapia

La biblioterapia es definida como el uso guiado de la lectura con una función terapéutica y consiste, básicamente, en la adquisición de conocimientos y prácticas terapéuticas mediante la lectura de bibliografía específica seleccionada y recomendada por el terapeuta. Se utilizan manuales donde se enseñan métodos fáciles de aprender y poner en práctica, y se considera un método complementario y facilitador del tratamiento.

NICE recomienda esta terapia de autoayuda como uno de los tratamientos de elección, tanto para el TAG como para el TA, aconsejando la utilización de biblioterapia basada en los principios de la TCC[77,78]. **GPC (RS y ECA) 1+**

Cuando se evalúa la eficacia de los manuales de autoayuda en AP, se observa que los manuales pueden ser eficaces para el TAG, pero no hay ninguna prueba sobre la viabilidad y rentabilidad de este procedimiento[180]. En pacientes con ansiedad leve y moderada la utilización de la biblioterapia en AP parece que produce una mejora significativa que se mantiene durante los 3 meses siguientes a la intervención[181]. **RS de ECA 1+** **Estudio pre-post 1-**

Las intervenciones de autoayuda basadas en TCC son eficaces en la reducción de los síntomas (frecuencia de ataques de pánico), el cambio de actitudes cognitivas relacionadas con la angustia y el impacto sobre la calidad de vida de los pacientes con TA[182]. **RS de ECA 1+**

Un programa de autoayuda con biblioterapia basada en principios de TCC dirigida por enfermeras en Atención Primaria, con 3 sesiones presenciales, trabajo en casa con un manual y seguimiento intermedio presencial o telefónico, ha mostrado ser eficaz en el tratamiento de pacientes con ansiedad leve y moderada. Es importante que el uso de la biblioterapia sea guiado, para aumentar los niveles de cumplimiento. El uso de contactos breves (telefónicos y/o por correo electrónico) pueden asegurar que la biblioterapia se aplique de manera adecuada[183,184]. **ECA 1+**

En nuestro contexto, aunque los resultados permiten un razonable optimismo, son necesarias investigaciones que permitan evaluar de forma más precisa la eficacia clínica, el mantenimiento de los logros a largo plazo y la selección óptima de material para cada tipo de paciente[185].

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y son vigentiamo ha sido revisada.

Biblioterapia y crisis de pánico/angustia

La biblioterapia ha mostrado ser eficaz en el tratamiento de los pacientes con crisis de pánico, reduciendo las percepciones de pánico, el miedo a sufrir crisis, los síntomas de pánico y anulación[186]. En los programas de prevención de recaídas (manual de autoayuda y contactos telefónicos mensuales durante 6 meses) se reduce la frecuencia de crisis de pánico, cogniciones de pánico, espera ansiosa, anulación y depresión. El contacto con el médico de familia, aunque sea breve, consigue una mayor participación activa en las intervenciones de biblioterapia[184]. ECA 1-
ECA 1+

Programas *on-line*

Los destinatarios de este tipo de terapia pueden ser pacientes que debido a algún tipo de aislamiento geográfico o personal (como agorafobia), tienen limitado el acceso a una consulta psicológica presencial[70], personas que se han trasladado o viajan frecuentemente o aquellos que están familiarizados con el uso de Internet y desean mantener el anonimato.

Los programas de autoayuda *on-line* basados en TCC parecen ser coste-efectivos, pero se necesitan más ECA que los comparen con otros tipos de autoayuda como la biblioterapia, con placebo, o con la TCC, individual o grupal, tanto a corto como a largo plazo[33,187-191]. RS de distintos tipos de estudios 1+/2++

ECA 1+

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

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

4.5.2 Hierbas medicinales

El médico de familia tiene que saber reconocer tanto los beneficios como los riesgos que estos preparados tienen. De esta forma se evitarían actitudes de rechazo que pueden llevar al paciente a ocultar su utilización, enmascarando posibles efectos adversos[192].

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

KAVA KAVA *(Piper methisticum)*

El extracto de Kava, en comparación con el placebo, parece ser una opción efectiva de tratamiento sintomático a corto plazo (1 a 24 semanas) de la ansiedad[192-197]. **Metanálisis 1+ RS de ECA 1+ ECA 1+**

La FDA ha editado alertas sobre su toxicidad hepática, y en España, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) la incluye en la lista de plantas cuya venta al público queda prohibida o restringida por este motivo[198-201]. **ECA 1+ Serie de casos 3 Normativa legal**

Para los pacientes, con ansiedad leve o moderada, que deseen utilizar remedios naturales y no consuman alcohol, ni utilicen otros fármacos que pueden ser metabolizados por el hígado, el uso del kava parece ser aceptable a corto plazo. Es importante considerar las interacciones con otros fármacos y con otras hierbas medicinales, y se debe controlar la dosis y la calidad de los preparados para que no se produzcan casos de intoxicación[192]. **RS de ECA 1+**

Valeriana *(Valeriana officinalis)*

La valeriana es una de las hierbas medicinales más usadas para el insomnio y también se emplea para el tratamiento de la ansiedad. **RS de ECA 1+**

No hay estudios suficientes para extraer conclusiones acerca de la eficacia o la seguridad de la valeriana para el tratamiento del TAG[202].

Pasionaria *(Passiflora caerulea)*

La pasionaria ha demostrado cierta eficacia en el tratamiento a corto plazo del TAG[203,204]. **RS de ECA 1+**

Ginkgo biloba *(Ginkgo biloba L., Salisburia adiantifolia Smith),* Calderona amarilla *(Galphimia Glauca),* Preparado de espino blanco *(Crataegus Oxyacanta),* Amapola de california *(Eschscholtzia californica)* y Magnesio

Otras hierbas (ginkgo biloba, calderona amarilla) y el preparado de espino blanco, amapola de california y magnesio, parecen ser efectivos en el tratamiento del TAG a corto plazo[205-207]. **ECA 1+**

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

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

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

* La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) incluyó en el año 2004 el kava en la lista de plantas cuya venta al público queda prohibida o restringida por razón de su toxicidad hepática[201].

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y se valora la vigencia de su versión revisada.

5. Información/comunicación al paciente[76,78]

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

GPC (Opinión de expertos) 4

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

Si el paciente, y cuando sea apropiado la familia, obtiene información basada en la evidencia, sobre la naturaleza y el origen de sus síntomas, las opciones de tratamiento y las posibilidades de manejo de su trastorno de ansiedad, se facilita la toma de decisiones compartida. Esta implicación de los pacientes en el proceso de toma de decisiones, así como un estilo de consulta basado en la empatía y el entendimiento, mejora la satisfacción con la consulta –incrementando la confianza– y los resultados clínicos. La toma de decisiones compartida, comienza en el proceso diagnóstico, y se mantiene en todas las fases del proceso asistencial. Para facilitarla se utiliza un lenguaje común y, si es apropiado, material escrito, igualmente comprensible por el paciente[76,78].

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

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

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

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

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

√	La información al paciente debería formar parte del manejo integral de los trastornos de ansiedad en el nivel de Atención Primaria.
D	Se debe proporcionar al paciente, y cuando sea apropiado a la familia, información basada en la evidencia, sobre sus síntomas, las opciones de tratamiento y las posibilidades de manejo de su trastorno, y tener en cuenta sus preferencias, para facilitar la toma de decisiones compartida.
D	Se recomienda mantener un estilo de consulta basado en la empatía y el entendimiento para mejorar la satisfacción de los pacientes.
D	Se debe valorar la posibilidad de apoyo familiar, tener en cuenta los recursos sociales disponibles y sugerir los cambios de estilo de vida más apropiados.
√	La información dirigida al paciente/familia se recoge en el Anexo 4.

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

6. Estrategias diagnósticas y terapéuticas

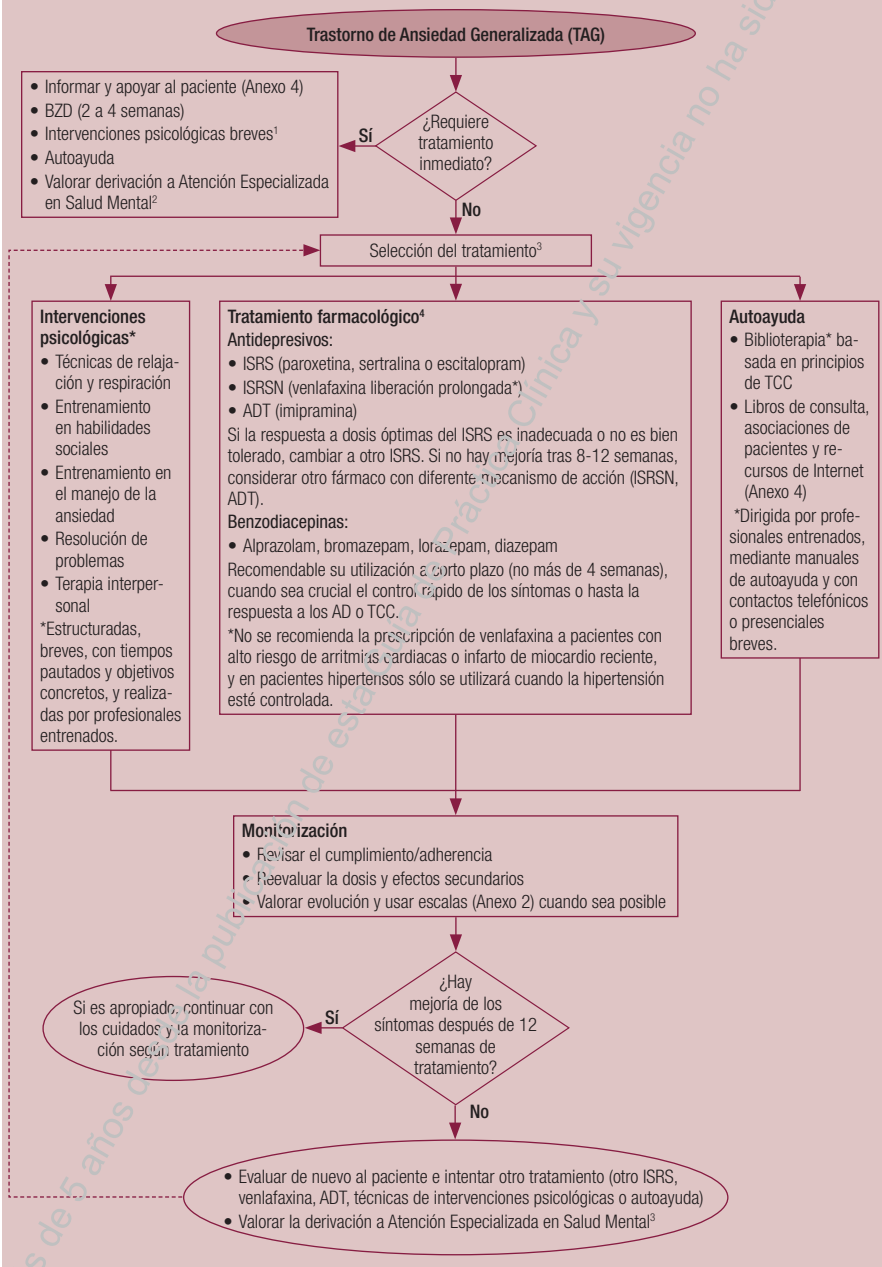
- ¿Cuáles son los criterios de derivación a consulta especializada/salud mental?

Para contestar a esta pregunta, a continuación se presentan los algoritmos de manejo elaborados para los diferentes trastornos de ansiedad abordados:

- Algoritmo de manejo para el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)
- Algoritmo de manejo para el Trastorno de Angustia (TA)
- Algoritmo de manejo para la Crisis de Pánico

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

Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)



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

Notas del algoritmo

1. Intervenciones psicológicas breves

Realizadas por profesionales formados:

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

2. Criterios de derivación

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

3. Selección del tratamiento

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

4. Tratamiento farmacológico

Considerar antes de prescribir:

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

Informar al paciente sobre:

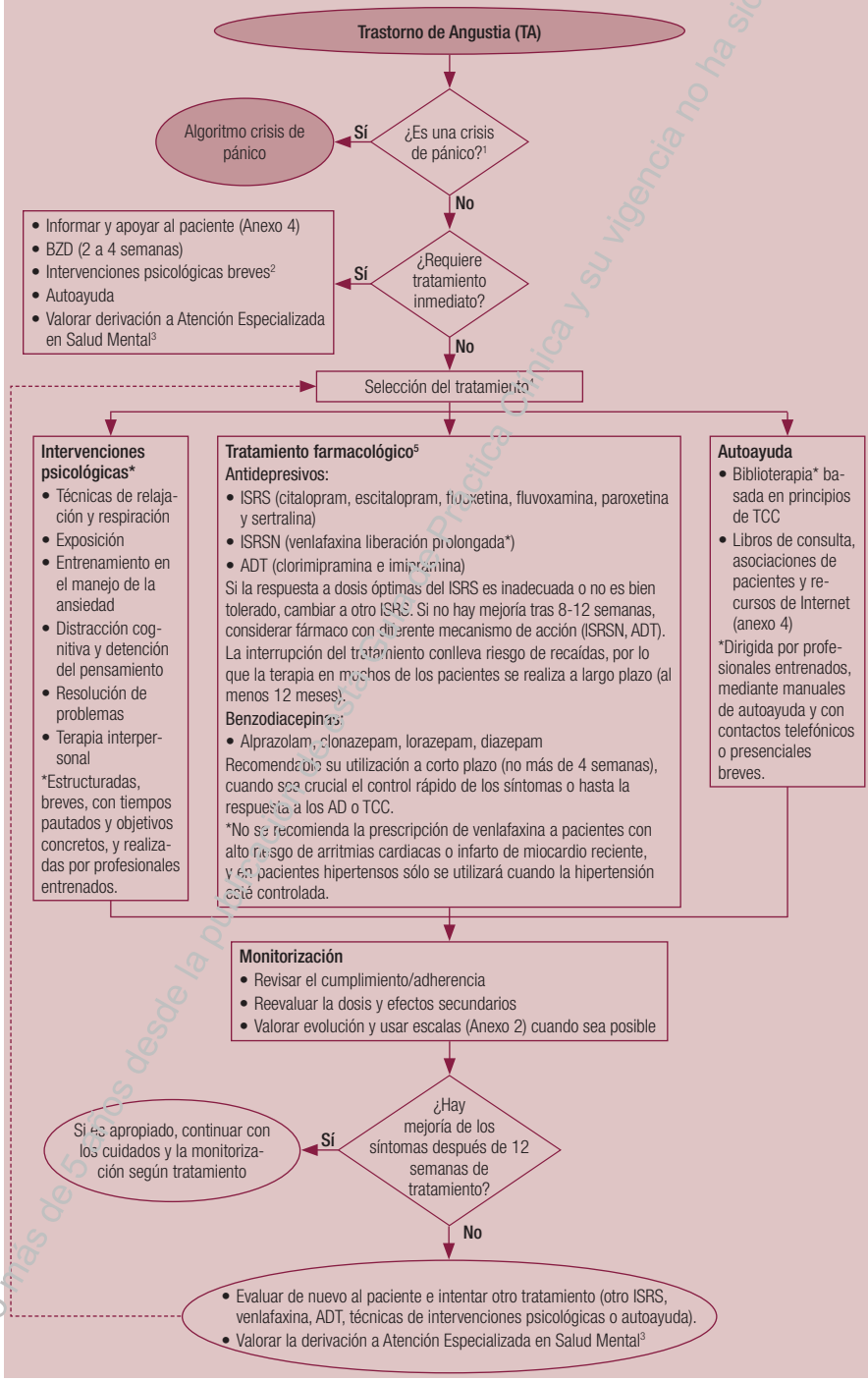
- Posibles efectos secundarios*
- Posibles síntomas de abstinencia tras interrupción
- No inmediatez del efecto
- Duración
- Necesidad de cumplimiento

Poner a disposición al paciente información en forma escrita. (Anexo 4).

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

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

Trastorno de Angustia (TA)



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

Notas del algoritmo

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

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

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

2. Intervenciones psicológicas breves

Realizadas por profesionales formados:

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

3. Criterios de derivación

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

4. Selección del tratamiento

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

5. Tratamiento farmacológico

Considerar antes de prescribir:

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

Informar al paciente sobre:

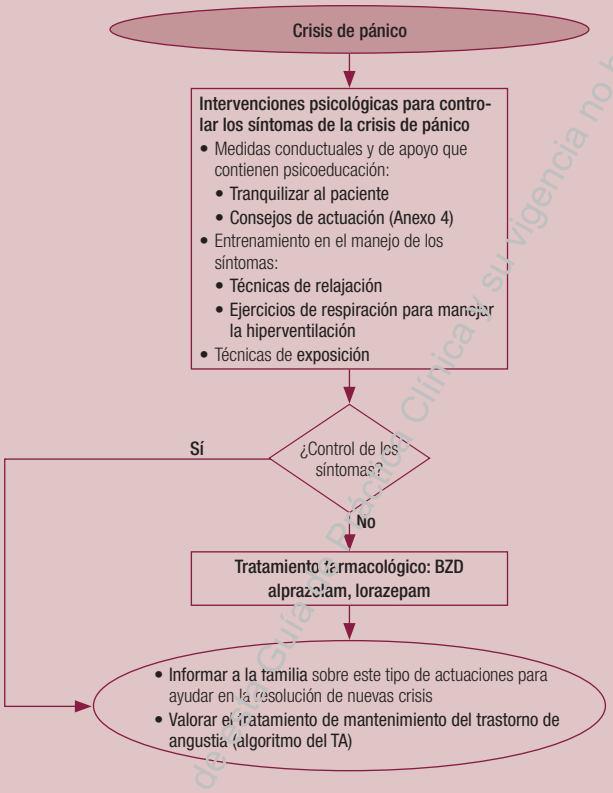
- Posibles efectos secundarios*
- Posibles síntomas de abstinencia tras interrupción
- No inmediatez del efecto
- Duración
- Necesidad de cumplimiento

Poner a disposición al paciente información en forma escrita. (Anexo 4).

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

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

Crisis de pánico



Notas del algoritmo

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

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

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

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

7. Anexos

Anexo 1. Niveles de evidencia y grados de recomendación (SIGN)[208]

Niveles de evidencia científica

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

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

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 cuestiona habitualmente. Estos aspectos son valorados como puntos de buena práctica clínica. Estos mensajes no son una alternativa a las recomendaciones basadas en la evidencia científica, sino que deben considerarse únicamente cuando no existe otra manera de destacar dicho aspecto.

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

Anexo 2. Instrumentos de medida de la ansiedad

HAD[68]: Hospital, ansiedad y depresión (autoadministrada)

Los médicos conocen la importancia de los factores emocionales en la mayoría de enfermedades. Si el médico sabe cual es el estado emocional del paciente puede prestarle entonces mejor ayuda.

Este cuestionario ha sido confeccionado para ayudar a que su médico sepa cómo se siente usted afectiva y emocionalmente. No es preciso que preste atención a los números que aparecen a la izquierda. Lea cada pregunta y subraye la respuesta que usted considere que coincide con su propio estado emocional en la última semana.

No es necesario que piense mucho tiempo cada respuesta: en este cuestionario las respuestas espontáneas tiene más valor que las que se piensan mucho.

A.1. Me siento tenso/a o nervioso/a:

3. Casi todo el día
2. Gran parte del día
1. De vez en cuando
0. Nunca

D.1. Sigo disfrutando de las cosas como siempre:

0. Ciertamente, igual que antes
1. No tanto como antes
2. Solamente un poco
3. Ya no disfruto con nada

A.2. Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder:

3. Sí, y muy intenso
2. Sí, pero no muy intenso
1. Sí, pero no me preocupa
0. No siento nada de eso

D.2. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:

0. Igual que siempre
1. Actualmente, algo menos
2. Actualmente, mucho menos
3. Actualmente, en absoluto

A.3. Tengo la cabeza llena de preocupaciones

3. Casi todo el día
2. Gran parte del día
1. De vez en cuando
0. Nunca

D.3. Me siento alegre:

3. Nunca
2. Muy pocas veces
1. En algunas ocasiones
0. Gran parte del día

A.4. Soy capaz de permanecer sentado/a tranquilo/a y relajado/a:

0. Siempre
1. A menudo
2. Raras veces
3. Nunca

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

HAD[68]: Hospital, ansiedad y depresión (autoadministrada)

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

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

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

EADG[67]: escala de ansiedad y depresión de Goldberg (heteroadministrada) (Versión adaptada al castellano por A. Lobo y cols.)

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

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

Instrucciones para su administración:

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

Subescala de ansiedad:

1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?
2. ¿Ha estado muy preocupado por algo?
3. ¿Se ha sentido muy irritable?
4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse?

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

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

Total ansiedad:

Subescala de depresión:

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

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

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

Total depresión:

Criterios de valoración:

Subescala de ansiedad: 4 o más respuestas afirmativas.

Subescala de depresión: 2 o más respuestas afirmativas.

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

Anexo 3. Preguntas clave para la entrevista ante la sospecha de trastornos de ansiedad: TAG y TA

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

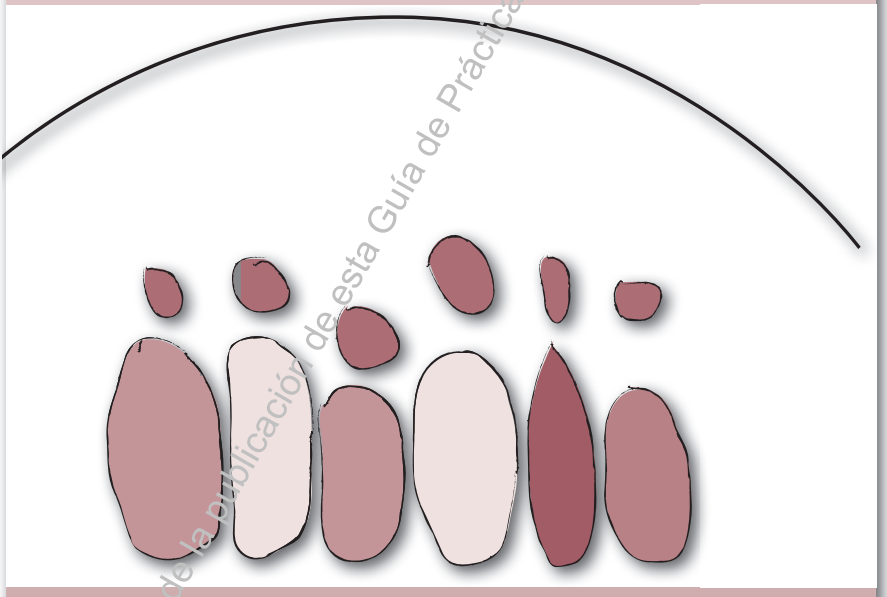
Versión modificada de la propuesta por la Guía Canadiense[61].

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

Anexo 4. Información para el paciente

Aprendiendo a conocer y manejar la ansiedad

Ansiedad generalizada y angustia



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

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

Índice

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

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

¿Qué es la ansiedad?

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

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

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

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

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

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

¿Cuáles son los factores que influyen en la ansiedad?

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

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

¿Cómo se hace el diagnóstico?

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

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

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

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica (vigente) no ha sido revisada.

¿Qué tipos de trastornos de ansiedad hay?

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

Estos dos trastornos se caracterizan por los siguientes síntomas:

Trastorno de ansiedad generalizada

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

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

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

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

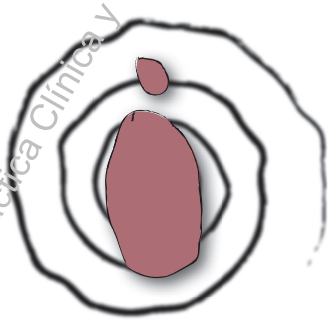
Trastorno de angustia

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

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

***Crisis de angustia**

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



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

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

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

¿Cuáles son las opciones de tratamiento?

El tratamiento de su problema de ansiedad tiene varios objetivos:

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

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

Psicoterapia

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

Medicación

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

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

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

Otros tratamientos

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

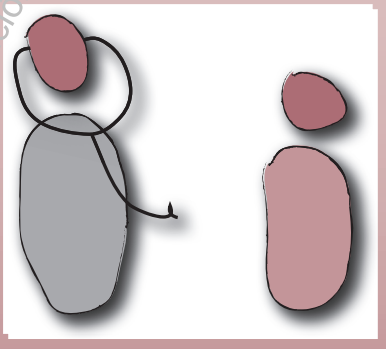
¿Qué debo tener en cuenta cuando visite mi centro de salud?

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

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

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

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



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

¿Cómo puedo manejar mi ansiedad para que evolucione favorablemente?

Consejos para manejar su ansiedad

- Si está haciendo psicoterapia, es importante practicar en casa aquellos ejercicios aprendidos en ella que van a resultarle muy útiles, como los de relajación y respiración.
- La medicación, a veces, trae consigo efectos secundarios desagradables, que normalmente van desapareciendo o atenuándose después de las primeras semanas; pero tiene que recordar lo importante que es tomarse el tratamiento y no interrumpirlo.
- Planifique de forma racional sus tareas diarias, priorice sus necesidades y si por alguna cuestión no pueden llevarse a cabo todas, piense que después de un día viene otro.
- Intente dejar un hueco todos los días para incluir entre sus tareas aquellas actividades que van a resultarle más agradables y placenteras: leer, escuchar música, hacer algo de ejercicio, pasear, cualquier cosa que sea relajante para usted.
- No deje de practicar aquellas actividades que le proporcionen sensación de "cargar las pilas". Recuperar la energía es necesario.
- No se "acelere". Recuerde que hacer las cosas con más rapidez no le hace más eficaz.

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

Consejos para manejar su ansiedad

- Aprenda a manejar sus sentimientos. Los pensamientos positivos también tienen un efecto positivo sobre nuestro estado de ánimo.
- Es importante reconocer los pensamientos agobiantes, en aquellas situaciones que le preocupan (el "todo", "nada", "siempre", "nunca", "nadie"), para cambiarlos por otros más racionales ("algo", "algunos", "algunas veces").
- Aproveche sus errores y aprenda de ellos. Equivocarse es humano y no es necesario hacer las tareas a la perfección.
- Siga una dieta equilibrada y procure eliminar o rebajar aquellas sustancias perjudiciales para la ansiedad, como: cafeína, teína y otras bebidas estimulantes.
- Recuerde que el alcohol, la cocaína, el cannabis y las drogas de síntesis pueden producir ansiedad.
- Si sus hábitos de descanso no le resultan satisfactorios, intente modificarlos. Procure dormir lo necesario para descansar.

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

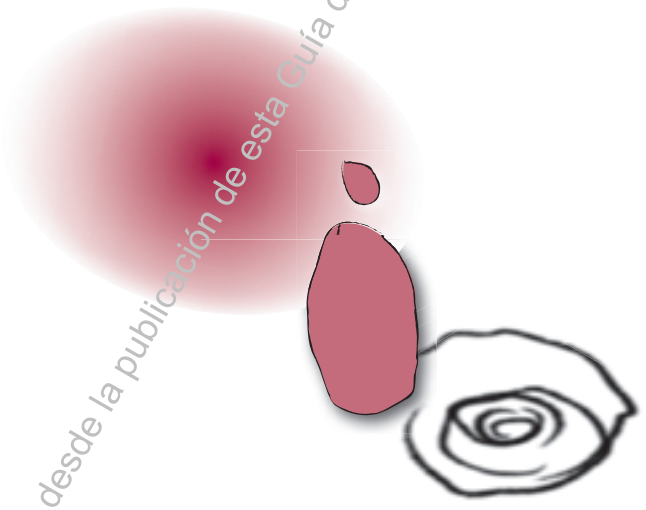
"He aprendido a relajarme, evito los excitantes, hago ejercicio y eso me ayuda a dormir. Planifico las actividades que me cuesta hacer… he recuperado aficiones que tenía olvidadas."

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

Consejos para superar sus crisis de ansiedad

- Es importante que recuerde que no está ante un peligro fuerte, ni tan grave como pueda llegar a creer. No sucederá nada peor.
- No permita que el pánico aumente con otros pensamientos atemorizadores. Interrumpa lo que esté pensando y observará que así el miedo comienza a desaparecer por sí mismo.
- Intente calmarse y relajarse poco a poco.
- Practique una respiración lenta y relajada. Imagine que es un globo que se hincha lentamente y luego se deshincha.
- Espere y deje tiempo al miedo para que se pase.
- Piense en el avance que ha hecho hasta ahora, a pesar de todas las dificultades. Piense en lo satisfecho que estará cuando lo consiga.
- Cuando empiece a sentirse mejor y esté dispuesto a continuar, comience de forma tranquila y relajada. No hay necesidad de esfuerzo ni prisas.
- Intente distraerse, ahora que el nerviosismo ha cesado. Hable con alguien, dé un paseo, etc.

¡¡Cuanto más aprenda a manejar el miedo, menos miedo tendrá, y se sentirá más libre!!



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

¿Cómo pueden ayudarme la familia y los amigos?

Su familia y sus amigos juegan un papel muy importante en todo este proceso. Por eso, hay algunas recomendaciones específicamente para ellos. Es importante:

- No trivializar sobre lo que está ocurriendo y hacer que la persona se sienta comprendida.
- Escucharle sin ser críticos; evitar el "venga, si eso no es nada".
- Acompañarle al centro de salud si es necesario o conveniente.
- Informarse sobre el tipo de tratamiento que está siguiendo. Conocer las distintas opciones de tratamiento también ayuda a aprender más sobre la ansiedad.
- Observar y prestar atención a los cambios en el comportamiento de la persona que tiene el problema.
- Animarle en la realización de actividades que puedan resultarle agradables o placenteras.
- Apoyarle en enfrentarse a sus miedos, siempre de mutuo acuerdo y sin presión.
- Ayudarle a obtener información complementaria y útil sobre la ansiedad.

"Sigo en tratamiento… y gracias a eso y a la ayuda de los míos, de mi familia, estoy mejor."

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

¿Dónde puedo aprender más sobre la ansiedad?

Asociaciones de pacientes y familiares

- **FEAFES: Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental**
  Teléfono: 91 507 92 48 (Madrid)
  E-mail: feafes@feafes.com
  Página web: www.feafes.com/
- **FEMASAM: Federación Madrileña de Asociaciones Pro Salud Mental**
  Teléfono: 91 472 98 14 (Madrid)
  E-mail: info@femasam.org
  Página web: www.femasam.org/
- **ACTAD: Asociación Catalana para el Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad y Depresión (antigua AADA y Camins Oberts)**
  Teléfono: 93 430 12 90 (Barcelona)
  E-mail: info@actad.org
  Página web: www.actad.org/
- **Associació Gironina d'Agorafòbics**
  Teléfono: 669 00 78 87 (Girona)
  E-mail: quimvencells@yahoo.es
  Página web: http://www.agorafobia.es.vg/
- **Asociación de Trastornos de Ansiedad - Grupos de Ayuda Mútua**
  Teléfono: 646 71 53 94 y 666 29 29 73 (Barcelona)
  E-mail: atagam@ansietat.org
  Página web: http://www.ansietat.org/

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

- **ADEA: Asociación de Enfermos de Agorafobia de Albacete**
  Teléfono: 967 61 18 83 y 967 52 31 44 (Albacete)
  E-mail: adealba_2000@terra.com
  Página web: http://www.geocities.com/adealba_2000/index.html
- **AMADAG: Asociación Madrileña de Pánico y Agorafobia**
  Teléfono: 617 83 79 30 (Madrid)
  E-mail: amadag_asociacion@hotmail.com
  Página web: http://www.amadag.com/
- **A.C.E.D.: Asociación contra el estrés y la depresión**
  Teléfono: 91 532 84 14 (Madrid)
  E-mail: aced@estresydepresion.org
  Página web: http://www.estresydepresion.org/index.html
- **AGORAMUR: Asociación para afectados por ansiedad, pánico y/o agorafobia de Murcia**
  Teléfono: 654529448 (Murcia)
  E-mail: agoramur@hotmail.com
- **ASATRA: Asociación Aragonesa de trastornos de la Ansiedad (Zaragoza)**
  Teléfono: 687 477669 (Zaragoza)
  E-mail: asociacion-asatra@hotmail.com
- **CAPAZ: Centro Aragonés de Pánico y Agorafobia - Colectivo de afectados por el pánico y agorafobia de Zaragoza**
  Teléfono: 976 25 98 07 (Zaragoza)
- **AGOS: Asociación de personas afectadas por trastornos de ansiedad y agorafobia de la provincia de Cádiz**
  Teléfono: 956 27 19 37 (Cádiz)
  E-mail: carmenblanca35@hotmail.com
- **Leku irekiak - A.A.D.A.: Asociación para la Ayuda y Divulgación de la Agorafobia de la Comunidad Autónoma Vasca**
  Teléfono: 94 493 78 33
  E-mail: lekuirekiak@terra.es
  Página web: www.terra.es/personal6/lekuirekiak/
- **Horizontes Abiertos**
  Teléfono: 928 24 91 68 (Las Palmas de Gran Canaria)

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

Recursos de internet

- www.centrodeapoyoapa.org (Asociación Americana de Psicología)
- www.lasalud.com/pacientes/ansiedad.htm
- www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish
- www.juntospodemos.com/

Algunos libros para consultar

- Bados López, A. *Tratando pánico y agorafobia.* Madrid: ediciones Piramide, S.A., 2006.
- Roca, E. *Cómo superar el pánico: con o sin agorafobia*. Programa de autoayuda. Valencia: ACDE, 2005.
- Auger, L. *Ayudarse a sí mismo. Una psicoterapia mediante la razón.* Santander: Ed. Sal Térrea, 1997.
- Fensterheim, H., Baer, J. *Viva sin temores: cómo dominar sus miedos, fobias y ansiedades.* Barcelona: Grijalbo, 1995.
- Agras, S. *Pánico. Cómo superar los miedos, las fobias y la ansiedad.* Barcelona: Labor, 1989.
- Fabregas, J.J., García, E. *Técnicas de autocontrol.* Madrid: Alambra, Biblioteca de Recursos Didácticos, 1988.
- Meichenbaum, D., Jaremko, M. *Prevención y reducción del estrés.* Bilbao: Desclée de Brouwer, 1987.
- Davis, M., McKay, M., Eshelman, E.R. *Técnicas de autocontrol emocional.* Barcelona: Martínez Roca, Biblioteca de Psicología, Psiquiatría y Salud, Serie Práctica, 1985.
- Cautela, J.R., Groden, J. *Técnicas de relajación.* Barcelona: Martínez Roca, Biblioteca de Psicología, Psiquiatría y Salud, Serie Práctica, 1985.

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

Anexo 5. Glosario y abreviaturas

Glosario

AGREE (Appraisal of Guidelines, Research and Evaluation for Europe): Iniciativa internacional para facilitar el diseño y evaluación de guías de práctica clínica.

AVAD (Años de vida ajustados en función de la discapacidad): medida de la carga global de enfermedad que refleja el número de años que habría podido vivir una persona, perdidos por su defunción prematura, y los años de vida productiva perdidos por discapacidad.

Biblioterapia: Uso guiado de la lectura con una función terapéutica. Consiste en la adquisición de conocimientos y prácticas terapéuticas mediante la lectura de bibliografía específica seleccionada y recomendada por el terapeuta.

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.

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

Ensayo abierto: 1. ensayo clínico en el que el investigador es conocedor de la intervención que se da a cada participante. 2. ensayo clínico con un diseño secuencial abierto.

Entrevista en profundidad: Técnica de investigación cualitativa para obtener información mediante una conversación entre un informante con unas características fijadas previamente y un entrevistador.

Ensayo ciego o doble ciego: Ensayos clínicos en los cuales ni los participantes (ciego) ni el personal médico (doble ciego) saben cuál, de entre las terapias posibles, recibe cada individuo.

Estudio de casos-control: Estudio que identifica a personas con una enfermedad (casos), por ejemplo cáncer de pulmón, y los compara con un grupo sin la enfermedad (control). La relación entre uno o varios factores (por ejemplo el tabaco) relacionados con la 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 relación entre un factor de riesgo (o exposición) y un efecto (o resultado) en una población definida y en un momento determinado (un corte). Llamados también estudios de prevalencia.

Exposición: Es un tipo de terapia conductual que implica la exposición deliberada a situaciones que anteriormente se evitaban o a estímulos temidos. Puede hacerse pidiéndole a la persona que se imagine tales situaciones, especialmente cuando la exposición directa es impracticable o difícil, modalidad que se denomina *in vitro,* interoceptiva o imaginaria. En contraste, la exposición también puede ser *in vivo* o exteroceptiva a través de situaciones o estímulos reales.

Grupo de discusión: Técnica de investigación cualitativa que sirve para identificar actitudes, posicionamientos, valoraciones o percepciones acerca de algo o alguien que tienen un grupo de individuos.

Intervalo de confianza: Es el intervalo dentro del que se encuentra la verdadera magnitud del efecto (nunca conocida exactamente) con un grado prefijado de seguridad o confianza. A menudo se habla de "intervalo de confianza al 95%" (o "límites de confianza al 95%"). Quiere decir que dentro de ese intervalo se encontraría el verdadero valor en el 95% de los casos.

Investigación cualitativa: Es una metodología que comprende una pluralidad de corrientes teóricas, métodos y técnicas, y se caracteriza por estudiar

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

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.

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.

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

Relajación aplicada: entrenamiento en técnicas de relajación y autocontrol de los síntomas sin cuestionar las creencias. Se basa en el principio de que cuando la persona aprende una relajación muscular profunda reduce la tensión corporal y la ansiedad que experimenta.

Revisión sistemática (RS): Es una revisión en la que la evidencia sobre un tema ha sido sistemáticamente identificada, evaluada y resumida de acuerdo a unos criterios predeterminados. Puede incluir o no el metaanálisis.

Series de Casos: Análisis de series de pacientes con la enfermedad.

SIGN: Agencia escocesa mutidisciplinaria que elabora guías de práctica clínica basadas en la evidencia, así como documentos metodológicos sobre el diseño de las mismas.

Tasa de abandono: El número de personas que abandonaron durante el ensayo y las exclusiones posteriores específicas a la asignación al azar.

Terapia conductual cognitiva (TCC): Es una forma de intervención psicoterapéutica estructurada que utiliza diversas técnicas para intentar cambiar las creencias disfuncionales y los pensamientos automáticos negativos.

Tolerancia: Estado que se presenta cuando el cuerpo se acostumbra a un medicamento, de manera que es necesario una cantidad mayor de este medicamento.

Abreviaturas

AD: Antidepresivos

ADT: Antidepresivos Tricíclicos

AE: Atención Especializada

AEN: Asociación Española de Neuropsiquiatría

AMADAG: Asociación Madrileña de Pánico y Agorafobia

AP: Atención Primaria

AVAD: Años de Vida Ajustados por Discapacidad

BZD: Benzodiacepinas

EADG: Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg

ECA: Ensayo Clínico Aleatorizado

ELA: Esclerosis Lateral Amiotrófica

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

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

GPC: Guía de Práctica Clínica
HAD: Escala de Ansiedad y Depresión
IC: Intervalo de Confianza
ISRS: Inhibidores de la Recaptación de Serotonina
ISRSN: Inhibidores de la Recaptación de Serotonina y Noradrenalina
MHRA: Medicines and Healthcare products Regulatory Agency
MOH: Ministry of Health (Singapore)
NHS: National Health Service
NICE: National Institute for Clinical Excellence
NNT: Número necesario de pacientes a tratar para reducir un evento
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
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)

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

8. Bibliografía

1. Grupo de trabajo sobre GPC. Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico. Madrid. Plan Nacional para el SNS del MSC. Instituto Aragonés de Ciencias de la salud-I+CS; 2006. Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS Nº 2006/0I.
2. Guía de Salud Mental en Atención Primaria. Grupo de Trabajo de Salud Mental PAPPS, 2001.
3. Informe del Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid 2004. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid. 2005.
4. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. 2006. Ministerio de Sanidad y Consumo. [documento Internet]. [Acceso 20 marzo 2007]. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/ESTRATEGIA_SALUD_MENTAL_SNS_PAG_WEB.pdf
5. Ormel J. et al. Common mental disorders and disability across cultures. Results from the WHO collaborative study on psychological problems in general health care. JAMA. 1994; 272:1741-1748.
6. Cortes J.A. et al. La prevalencia de malestar psíquico en atención primaria y su relación con el grado de frecuentación de las consultas. Atención Primaria. 1993; 11:459-463.
7. Demertzis KH. et al. Anxiety in primary care. Current Psychiatry Reports. 2006; 8:291-297.
8. Kroenke K. et al. Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity and detection. Annals of Internal Medicine. 2007; 146:317-325.
9. Somers JM, Goldner EM, Waraich P, Hsu L. Prevalence and Incidence Studies of Anxiety Disorders: A Systematic Review of the Literature. Canadian Journal Psychiatry. 2006; 51:100–113.
10. Chocrón Bentata L et al. Prevalencia de psicopatología en un centro de atención primaria. Atención Primaria.1995; 16:586-593.
11. Martínez Álvarez J.M. et al. Estudio de morbilidad psiquiátrica en la población atendida en el Centro de Salud de Basauri. Atención Primaria. 1993; 11:127-132.
12. Caballero Martínez L. et al. Prevalencia de los trastornos psiquiátricos en atención primaria usando el cuestionario PRIME-MD. Atención Primaria. 1999; 23:275-279.

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

13. Martín Pérez C. et al. Prevalencia de psicopatías en un centro de salud rural. Atención primaria. 2003; 31:39-46.
14. The European Opinion Research Group. The Mental Health Status of the European Population. Eurobarometer 58.2. [documento Internet]. Brussels. 2003. [Acceso 10 de enero de 2007]. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental_eurobaro.pdf.
15. Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I, Codony M, Dolz M, Alonso J y el Grupo ESEMeD-España. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. Medicina Clínica (Barc). 2006; 126(12):445-51.
16. Roy-Byrne PP. Generalized anxiety and mixed anxiety-depression: association with disability and health care utilization. The Journal of Clinical Psychiatry. 1996; 57 (Supl 7): 86-91.
17. López-Torres J, Escobar F, Fernández C, González L, Urbistondo L, Requeza M. Trastornos mentales y utilización de las consultas de medicina general. Atención Primaria. 1992; 10:665-70.
18. Shear MK, Schulberg HC. Anxiety disorders in primary care. Bull Menninger Clin. 1995; 59:73-85.
19. Jenkins R, Goldberg D, Kiima D, Mayeya J, Mayeya P, Mbatia J, et al. Classification in primary care: experience with current diagnostic systems. Psychopathology. 2002; 35:127-31.
20. Bowers PJ. Selections from current literature: psychiatric disorders in primary care. J Fam Pract. 1993; 10: 231-237.
21. Sherbourne CD, Jackson CA, Meredith LS, Camp P, Wells KB. Prevalence of comorbid anxiety disorders in primary care outpatients. Arch Fam Med. 1996; 5: 27-357.
22. Vega AT, Larrañaga M, Zurriaga O, Gil M, Urtiaga M, Calabuig J. Trastornos de ansiedad. Variabilidad y condicionantes de la actitud terapéutica de los médicos de Atención Primaria. Atención Primaria. 1999; 24:569-78.
23. Hodges B, Inch C, Silver I. Improving the psychiatric knowledge, skills, and attitudes of primary care physicians, 1950-2000: a review. Am J Psychiatry. 2001; 158:1579-86.
24. Gene J, Sanjosé S, Torruella J, Godoy F, Leal C, Olmedilla A, et al. Valoración de la motivación de los médicos de Atención Primaria por la Salud Mental. Atención Primaria. 1985; 2:289-92.
25. Vicente V, Bedía C, Aragón T, Palmer R, Munárriz M. Opiniones de los profesionales de atención primaria sobre los enfermos mentales y la asistencia psiquiátrica. Atención Primaria. 1992; 9:197-202.

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

26. Muñoz BA, Pérez PS, Pérez-Vega L. Actitudes de médicos y enfermeros hacia la integración de la salud mental en Atención Primaria. Atención Primaria. 1993; 11:134-6.
27. Beltran M, Salleras N, Camps C, Solanas P, Igual E, García-Oria M. Abordaje de los problemas de salud mental desde atención primaria. Relación con los servicios de apoyo especializados. Atención Primaria. 2001; 28:39-45.
28. Latorre Postigo JM, et al. Percepción de la demanda y necesidades de formación en salud mental de los médicos de atención primaria. Atención Primaria. 2005; 36(2):85-92.
29. Katon W. Et al. Anxiety disorders: efficient screening is the first step in improving outcomes. Annals of Internal Medicine. 2007; 146:390-391.
30. López-Ibor JJ, Valdés M, editores. DMS-IV-TR-AP. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Atención Primaria. Barcelona: Masson; 2004.
31. Marrs JA. Stress, Fears and Phobias: The Impact of Anxiety. Clinical Journal of Oncology Nursing. 2006; 10(3): 319-22.
32. Lobo A, Campos R. Factores etiopatogénicos. En: Trastornos de ansiedad en atención primaria. Madrid: Editorial EMISA; 1997. p.41-76.
33. Tyrer P, Baldwin D. Generalised anxiety disorder. Lancet. 2006; 368: 2156–66.
34. McIntosh A, Cohen A, Turnbull N, Esmonde L, Dennis P, Eatock J et al. Clinical Guidelines and Evidence Review for Panic Disorder and Generalised Anxiety Disorder. Sheffield:University of Sheffield/London. National Collaborating Centre for Primary Care. 2004; pg.14.
35. Gratacòs M, Nadal M, Martín-Santos R, Pujana MA, Gago J, Peral B et al. A Polymorphic Genomic Duplication on Human Chromosome 15 Is a Susceptibility Factor for Panic and Phobic Disorders. Cell. 2001; Vol. 106: 367–379.
36. Hettema JM, Neale MC, Kendler KS . A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. Am J Psychiatry. 2001; 158(10):1568-78.
37. Allgulander C. Generalized anxiety disorder: What are we missing?. European Neuropsychopharmacology. 2006; 16: 101-108.
38. Gross C, Hen R. The development origins of anxiety. Nature Reviews Neuroscience. 2005; 5: 545-552.
39. Battaglia M, Ogliari A. Anxiety and panic: from human studies to animal research and back. Neuroscience and Biobehavioral Reviews.2005;29:169-179.

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

40. López-Ibor JJ, Valdés M, editores. DMS-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Barcelona: Masson; 2002.
41. OMS. CIE 10: Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: MEDITOR, 1992.
42. Comité Internacional de Clasificación de la WONCA. Clasificación Internacional de la Atención Primaria: CIAP-2. Barcelona: Masson; 1999.
43. Balon R. Mood, Anxiety and Physical Illness: Body and Mind or Mind and Body? Dep & Anxiety. 2006; 23:377-388.
44. Pascual JC, Castaño J, Espluga N, Díaz B, García-Ribera C, Bulbena A. Enfermedades somáticas en pacientes con trastornos de ansiedad. Med Clin (Barc). 2008; 130(8):281-5.
45. Härter M, Conway K, Merikangas K. Associations between anxiety disorders and physical illness. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience. 2003; 253:313-20.
46. Sareen J, Jacobi F, Cox BJ, Belik SL, Clara I, Stein MB. Disability and poor quality of life associated with comorbid anxiety disorders and physical conditions. Archives of Internal Medicine. 2006;166:2109-16.
47. Bulbena A, Gago, J, Martín Santos R, Porta, M, Dasquens J, Berrios GE. Anxiety disorder & Joint laxity: A definitive link. Neurology, Psychiatry and Brain Research. 2004; 11:137-140.
48. García Campayo J, Alda M. Salud mental e inmigración. Barcelona: Edikamed; 2005.
49. Leff J. Cultural influence on psychiatry. Curr Opin Psychiatry. 1994; 7:197-201.
50. Bulbena A, Martín Santos R, Mateo A, Gelabert A. Koro syndrome: primer caso en España. Medicina Clínica (Barc). 1990; 13:36.
51. Caballero L, Iruela L, Muñoz PE, Baca E. A propósito de un caso de Koro descrito en España. Medicina Clínica. 1990; 95: 519.
52. Salman E, Carrasco JL, Liebowitz M, Díaz M, Prieto R, Jusino C, et al. Los "ataques de nervios": Un estudio de caracterización diagnóstica. Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr. 1997; 25: 285-89.
53. Hernández Monsalve M. La entrevista clínica en Atención Primaria. En: Fernández Liria A, Romero Hidalgo A, editors. Salud Mental en Atención Primaria. Madrid: IDEPSA; 1989. p. 1-49.
54. Tizón García JL. Components psicològics de la pràctica mèdica: una perspectiva. Barcelona: Acadèmia de Ciències mèdiques de Catalunya i de Balears; 1987.

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

55. Borrel Carrión F. Manual de entrevista clínica. Barcelona. Doyma; 1989.
56. Gradillas V. Arte y técnica de la entrevista psiquiátrica. Barcelona. JIMS; 1992.
57. Golberg D, Huxley P. Técnicas de entrevista en atención primaria. En: Golberg D, Huxley P, editores. Enfermedad mental en la comunidad. Madrid: Nieva; 1990. p.171-180.
58. Stern T, Herman J, Slavin P. Psiquiatría en la consulta de atención primaria: guía práctica. Massachusetts general Hospital. 2005.
59. Vázquez-Barquero J.L. et all. Psiquiatría en Atención Primaria. Madrid: Grupo Aula Médica, SA; 1998.
60. Dupuy L, Losasso A. Entrevista clínica: algunas herramientas. Archivos de Medicina Familiar y General. 2004; 1(1):1-15.
61. Pascual P, Induráin S. Cómo mejorar nuestras entrevistas clínicas. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. 2001; Vol 24; Suplem 2:15-21.
62. Lobo A, Montón C, Campos R, García-Campayo J, Pérez Echevarría MJ y el GZEMPP. Detección de morbilidad psíquica en la práctica médica. El nuevo instrumento EADG. Zaragoza: Luzán SA Ed; 1993.
63. Chamorro García L. Guía de manejo de los trastornos mentales en Atención Primaria. Barcelona: Ars Medica. Psiquiatría editores S.L; 2004.
64. Bulbena A, Ibarra N, Ballesteros J y Gago J. Instrumentos de evaluación de los trastornos mentales en atención primaria. En: Vázquez Barquero JL. Psiquiatría en atención primaria. 2ª ed. Grupo aula médica S.L.; 2008. p.107-125.
65. Badía X, Alonso J. Medidas de bienestar psicológico y salud mental. En: Badía X, Alonso J, editores. La medida de la salud. Guía de escalas de medición en español. Barcelona; 2007. p.49-88.
66. Bulbena A, Bobes J, Luque A, Dal-Ré R, Ballesteros J, Ibarra N y el Grupo de Validación en Español de Escalas Psicométricas (GVEEP): Validación de las versiones en español de la Clinical Anxiety Scale y del Physician Questionnaire para la evaluación de los trastornos de ansiedad. Medicina Clínica (Barc). 2003; 121(10):367-374.
67. Montón C, Pérez Echeverría MI, Campos R y cols. Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. Atención Primaria. 1993; 12(6):345-9.
68. Quintana JM, Padierna A, Esteban C, Arostegui I, Bilbao A, Ruiz I. Evaluation of the psychometric characteristics of the Spanish version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. Acta Psychiatrica Scandinavica. 2003; 107(3):216-21.

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

69. Runkewitz K, Kirchmann H, Strauss B. Anxiety and depression in primary care patients: predictors of symptom severity and developmental correlates. Journal Psychosomatic Research. 2006; 60(5):445-53.
70. Canadian Psychiatric Association, Clinical Practice Guidelines. Management of Anxiety Disorders. The Canadian Journal of Psychiatry, 2006.
71. Fernández Liria A, Rodríguez Vega B. La práctica de la psicoterapia. Bilbao: Desclée; 2001.
72. Vélez Noguera JL. Enfoque de la salud mental en Atención Primaria. Barcelona: Organon Española S.A; 1991.
73. Caro Gabalda I. Manual teórico-práctico de Psicoterapias Cognitivas. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2007.
74. García Ramos J, Gallego Rodríguez J.M. Psicoterapias en atención primaria. Formación Médica Continuada. 2003; 10 (7): 508-13.
75. Bateman A, Brown D, Pedder J. Introducción a la Psicoterapia. Manual de la teoría y técnica psicodinámicas. Barcelona: Ed. Albesa S.L.; 2005.
76. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Clinical Guideline 22. Anxiety: management of anxiety (panic disorder, with or without agoraphobia, and generalised anxiety disorder) in adults in primary, secondary and community care. London: National Institute for Health and Clinical Excellence, 2004.
77. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Clinical Guideline 22 (amended). Anxiety: management of anxiety (panic disorder, with or without agoraphobia, and generalised anxiety disorder) in adults in primary, secondary and community care. London: National Institute for Health and Clinical Excellence, 2007.
78. MOH Clinical Practice Guidelines 7. Anxiety Disorders. Singapore: Ministry of Health; 2003.
79. Linden M, Zubraegel D, baer T, Franke U, Schlattman P. Efficacy of Cognitive Beaviour Therapy in Generalized Anxiety Disorders. Psychotherapy and Psychosomatics; 2005; 74:36-42.
80. Dugas MJ, Ladouceur R, Léger E, Freeston MH, Langlois F, Provencher MD, Boisvert JM. Group cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder: treatment outcome and long-term follow-up. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2003; 71(4):821-5.
81. Borkovec TD, Newman MG, Pincus AL, Lytle R. A component analysis of cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder and the role of interpersonal problems. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2002; 70(2):288-98.

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

82. Hunot V, Churchill R, Silva de Lima M, Teixeira V. Terapias psicológicas para el trastorno de ansiedad generalizada (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

83. BMJ Clinical Evidence (base de datos en Internet). London: British Medical Journal; 2006-. Gale C. Generalised anxiety disorder, [actualizada en febrero de 2006; acceso 24 de mayo de 2007]; Disponible en: http://www.clinicalevidence.bmj/ceweb/index.jsp.

84. Durham RC, Chambers JA, Power KG, Sharp DM, Macdonald RR, Major KA, et al. Long-term outcome of cognitive behaviour therapy clinical trials in central Scotland. Health Technology Assessment. 2005; 9(42).

85. Durham RC, Chambers JA, MacDonald RR, Power KG, Major K. Does cognitive-behavioural therapy influence the long-term outcome of generalized anxiety disorder? An 8-14 year follow-up of two clinical trials. Psychological Medicine. 2003; 33:499-509.

86. Price D, Beck A, Nimmer C, Bensen S. The Treatment Of Anxiety Disorders In A Primary Care HMO Setting. Psychiatric Quarterly. 2000; 71(1):31-45.

87. Stanley M A, Hopko D R, Diefenbach G J, Bourland S L, Rodriguez H, Wagener P. Cognitive–Behavior Therapy for Late-Life Generalized Anxiety Disorder in Primary Care: Preliminary Findings. American Journal Geriatric Psychiatry. 2003; 1(1):92-6.

88. van Boeijen CA, van Oppen P, van Balkom A J, Visser S, Kempe P T, Blankenstein N, van Dyck R. Treatment of anxiety disorders in primary care practice: a randomised controlled trial. British Journal of General Practice. 2005; 55(519):763-9.

89. Burgos Varo ML, Ortiz Fernández MD, Muñoz Cobos F, Vega Gutiérrez P, Bordallo Aragón R. Intervención grupal en los trastornos de ansiedad en Atención Primaria: técnicas de relajación y cognitivo-conductuales. SEMERGEN. 2006; 32(5):205-210.

90. Tello Bernabé ME, Téllez Arévalo A, Ruiz Serrano A, de Frutos Martín MA, Elcano Alfaro R. Técnicas grupales y relajación en el tratamiento de algunos subtipos de ansiedad: un estudio de intervención controlado no aleatorio. Atención Primaria, 1997; 19:67-71.

91. INSALUD. Protocolos de Salud Mental en Atención Primaria: Ansiedad, Insomnio y Depresión. Madrid: Área 1. Atención Primaria, 1997.

92. Stuart GL, Treat TA, Wade WA. Effectiveness of an empirically based treatment for panic disorder delivered in a service clinic setting:

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

1-year follow-up. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2000; 68(3):506-12.

93. Bruce TJ, Spiegel DA, Hegel MT. Cognitive-behavioral therapy helps prevent relapse and recurrence of panic disorder following alprazolam discontinuation: a long-term follow-up of the Peoria and Dartmouth studies. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1999; 67(1):151-6.
94. Hunt C, Andrews G. Long-term outcome of panic disorder and social phobia. Journal of Anxiety Disorders. 1998; 12(4):395-406.
95. van Balkom A J, Bakker A, Spinhoven P, Blaauw B M, Smeenk S, Ruesink B. A meta-analysis of the treatment of panic disorder with or without agoraphobia: a comparison of psychopharmacological, cognitive-behavioral, and combination treatments. Journal of Nervous and Mental Disease. 1997; 185:510-516.
96. The Swedish Council on Technology Assessment in Health Care. Treatment of Anxiety Disorders. A Systematic Review. Summary and Conclusions. Sweeden; November, 2005.
97. Mitte K. A meta-analysis of the efficacy of psycho- and pharmacotherapy in panic disorder with and without agoraphobia. Journal of Affective Disorders. 2005; 88:27-45.
98. BMJ Clinical Evidence (base de datos en Internet). London: British Medical Journal; 2006-. Kumar S, Oakley-Browne M. Panic disorder [actualizada en mayo de 2006; acceso 17 de junio de 2007]; Disponible en: http://www.clinicalevidence.bmj/ceweb/index.jsp.
99. Sharp D M, Power K G, Swanson V. Reducing therapist contact in cognitive behaviour therapy for panic disorder and agoraphobia in primary care: global measures of outcome in a randomised controlled trial. British Journal of General Practice. 2000; 50:963-968.
100. Sharp DM, Power KG, Swanson V. A Comparison of the Efficacy and Acceptability of Group versus Individual Cognitive Behaviour Therapy in the Treatment of Panic Disorder and Agoraphobia in Primary Care. Clinical Psychology and Psychotherapy. 2004; 1(2):73-82.
101. Nadiga D N, Hensley P L, Uhlenhuth E H. Review of the long-term effectiveness of cognitive behavioural therapy compared to medications in panic disorder. Depression and anxiety. 2003; 17:58-64.
102. Galaverni E, Pozo Navarro P, Bellini M. A survey of panic symptoms in a primary care setting. Atención Primaria. 2005 15; 36(6):312-6.
103. Katerndahl D, Realini JP. Where do panic attack sufferers seek care?. J Fam Pract. 1995; 40: 237-43.
104. Katerndahl D A, Realini, J P. Patients with Panic Attacks Seeking Care from Family Physicians Compared with Those Seeking Care From Ps-

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

ychiatrists. The Journal of Nervous and Mental Disease. 1998; 186(4): 249-250.

105. Katerndahl D. Panic-related outcomes in patients with a personal physician. Family medical. 2003; 35(3): 209-14.

106. Merritt TC. Recognition and acute management of patients with panic attacks in the emergency department. Emergency Medicine Clinics of North America. 2000; 18(2):289-300.

107. De la Gándara Martín J J, García Moja LC. Vademécum de psicoterapias, vol 1. Técnicas de terapia de conducta y técnicas de relajación. Madrid:Ed. Luzan, S.A.; 2000.

108. De la Gándara Martín J J, García Moja LC. Vademécum de psicoterapias, vol 2. Técnicas de terapia cognitiva y cognitivo- conductual. Madrid: Ed. Luzan, S.A.; 2000.

109. García-Campayo J. Hidalgo Campos I. Orozco González F. Psicoterapia de resolución de problemas en atención primaria. Barcelona: Grupo Ars XXI de Comunicación, SL; 2006.

110. Mynor-Wallis LM. Problem-solving treatment: evidence for effectiveness and feasibility in primary care. In J Psychiatry Med. 1996; 26:249-262.

111. Güemes I, Ballesteros J. La eficacia de las psicoterapias breves estructuradas en el tratamiento de los trastornos afectivos en la atención ambulatoria. Norte de Salud Mental. 2006; 25:15-25.

112. Diéguez M, Rodríguez V, Fernández L. Psicoterapia en Atención Primaria: Consejo interpersonal para la depresión. MEDIFAM. 2001; 11: 156-162.

113. González M, Revuelta C, Rodríguez-Arias JL. Terapia Familiar Breve: evaluación de resultados y estudio de seguimiento. Congreso de la Asociación Española para la Investigación y el Desarrollo de la Terapia Familiar [Póster]; mayo 1998, Sevilla, España.

114. Real Pérez M, Rodríguez-Arias Palomo JL, Cagigas Viadero J, Aparicio Sanz MM, Real Pérez MA. Terapia familiar breve: una opción para el tratamiento de los trastornos somatomorfos en Atención Primaria. Atención Primaria. 1996; 17(4): 241-6.

115. Rodríguez-Arias JL, Fontecilla G, Ramos M. Evaluación de resultados en Terapia Familiar Breve. XIV Jornadas Nacionales de Terapia Familiar. 1993; Santiago de Compostela, España.

116. Casacalenda N, Boulenger J P. Pharmacologic treatments effective in both generalized anxiety disorder and major depressive disorder: clinical and theoretical implications. Canadian Journal of Psychiatry. 1998; 43(7): 722-730.

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

117. Kapczinski F, Lima MS, Souza, JS, Schmitt, R. Antidepresivos para el trastorno de ansiedad generalizada (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

118. Kim TS, Pae CU, Yoon SJ, Bahk WM, Jun TY, Rhee WI, Chae JH. Comparison of venlafaxine extended release versus paroxetine for treatment of patients with generalized anxiety disorder. Psychiatry Clin Neurosci. 2006 Jun; (3):347-51.

119. Brawman-Mintzer O, Knapp RG, Rynn M, Carter RE, Rickels K. Sertraline treatment for generalized anxiety disorder: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. The Journal of Clinical Psychiatry. 2006; 67(6):874-81.

120. Koponen H, Allgulander C, Erickson J, Dunayevich E, Pritchett Y, Detke MJ, Ball SG, Russell JM. Efficacy of Duloxetine for the Treatment of Generalized Anxiety Disorder: Implications for Primary Care Physicians. Prim Care Companion J Clin Psychiatry. 2007; 9(2):100-107.

121. Endicott J, Russell JM, Raskin J, Detke MJ, Erickson J, Ball SG, Marciniak M, Swindle RW. Duloxetine treatment for role functioning improvement in generalized anxiety disorder: three independent studies. The Journal of Clinical Psychiatry. 2007; 68(5):806.

122. Hartford J, Kornstein S, Liebowitz M, Pigott T, Russell J, Detke M, Walker D, Ball S, Dunayevich E, Dinkel J, Erickson J. Duloxetine as an SNRI treatment for generalized anxiety disorder: results from a placebo and active-controlled trial. Int Clin Psychopharmacol. 2007; 22(3):167-74.

123. US Food and Drug Administration [sede Web]. Antidepressant Use in Children, Adolescents, and Adults. [acceso 1 de octubre de 2007]. Disponible en http: www.fda.gov/cder/drug/antidepressants/default.htm.

124. US Food and Drug Administration [sede Web]. FDA Public Health Advisory Paroxetine. [acceso 20 de diciembre de 2007]. Disponible en: http://www.fda.gov/cder/drug/advisory/paroxetine200512.htm.

125. Gentile S. Serotonin reuptake inhibitor-induced perinatal complications. Paediatric Drugs. 2007; 9 (2):97-106.

126. Davis RL, Rubanowice D, McPhillips H, Raebel MA, Andrade SE, Smith D, Yood MU, Platt R. HMO Research Network Center for Education, Research in Therapeutics. Risks of congenital malformations and perinatal events among infants exposed to antidepressant medications during pregnancy. Pharmacoepidemiology and Drug Safety 2007; 16(10):1086-94.

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

127. Looper KJ. Potential medical and surgical complications of serotonergic antidepressant medications. Psychosomatics. 2007; 48(1):1-9.

128. Moses-Kolko EL, Bogen D, Perel J, Bregar A, Uhl K, Levin B, Wisner KL. Neonatal signs after late in utero exposure to serotonin reuptake inhibitors: literature review and implications for clinical applications. Journal of the American Medical Association. 2005; 18; 293(19):2372-83.

129. Lattimore KA, Donn SM, Kaciroti N, Kemper AR, Neal CR Jr, Vazquez DM. Selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) use during pregnancy and effects on the fetus and newborn: a meta-analysis. Journal of Perinatology. 2005; 25(9):595-604.

130. Mejías C, Rodríguez-Pinilla E, Fernández Martín P, Martínez-Frías ML. Adverse effects of selective serotonin reuptake inhibitors use during the third trimester of pregnancy and prevention guidelines. Medicina Clínica (Barc). 2007 Apr 21;128(15):584-9.

131. Baldwin DS, Huusom AK, Maehlum E. Escitalopram and paroxetine in the treatment of generalised anxiety disorder: randomised, placebo-controlled, double-blind study. Evid Based Ment Health. 2007; 10(2):45.

132. Rickels K, Rynn M, Iyengar M, Duff D. Remission of generalized anxiety disorder: a review of the paroxetine clinical trials database. The Journal of Clinical Psychiatry. 2006; 67(1):41-7.

133. Stocchi F, Nordera G, Jokinen RH, Lepola UM, Hewett K, Bryson H, Iyengar MK. Efficacy and tolerability of paroxetine for the long-term treatment of generalized anxiety disorder. J Clin Psychiatry.2003; 64(3):250-8.

134. Allgulander C, Florea I, Huusom AK. Prevention of relapse in generalized anxiety disorder by escitalopram treatment. Int J Neuropsychopharmacol. 2006; 9(5):495-505.

135. (MHRA) Medicines and Healthcare products Regulatory Agency. [sede Web]. Press releases updated product information for Efexor (venlafaxine). 2007 [acceso 29 de octubre de 2007]. Disponible en: http://www.mhra.gov.uk/NewsCentre/Pressreleases/CON2023843

136. Medicamentos autorizados en España (uso humano). [sede Web]*. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios AEMPS; 2007 [acceso 20 diciembre de 2007]. Disponible en: https://sinaem4.agemed.es/consaem/fichasTecnicas.do?metodo=detalleForm.

137. Iqbal MM, Sobhan T, Ryals T. Effects of commonly used benzodiazepines on the fetus, the neonate, and the nursing infant. Psychiatr Serv. 2002; 53(1):39-49.

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

138. Lin AE, Peller AJ, Westgate MN, Houde K, Franz A, Holmes LB. Clonazepam use in pregnancy and the risk of malformations. Birth Defects Research. Part A, Clinical Molecular Teratology. 2004; 70(8):534-6.

139. Mitte K, Noack P, Steil R, Hautzinger M. A meta-analytic review of the efficacy of drug treatment in generalizedanxiety disorder. Journal of Clinical Psychopharmacology. 2005; 25(2):141-150.

140. Malgorn G, Leboucher B, Harry P, Turcant A, Catala L, Giniès JL. Benzodiazepine poisoning in a neonate: clinical and toxicokinetic evaluation following enterodialysis with activated charcoal. Archives de Pédiatrie. 2004; 11(7):819-21.

141. Swortfiguer D, Cissoko H, Giraudeau B, Jonville-Béra AP, Bensouda L, Autret-Leca E. Neonatal consequences of benzodiazepines used during the last month of pregnancy. Archives de pédiatrie. 2005; 12(9):1327-31.

142. Murray KL, Miller KM, Pearson DL. Neonatal withdrawal syndrome following in utero exposure to paroxetine, clonazepam and olanzapine. Journal of perinatology: official journal of the Californian Perinatal Association. 2007; 27(8):517-8.

143. García-Algar O, López-Vílchez MA, Martín I, Mur A, Pellegrini M, Pacifici R, Rossi S, Pichini S. Confirmation of gestational exposure to alprazolam by analysis of biological matrices in a newborn with neonatal sepsis. Clinical Toxicology (Philadelphia, Pa.). 2007; 45(3):295-8.

144. Chessick CA, Allen MH, Thase ME, Batista Miralha da Cunha ABC, Kapczinski FFK, de Lima MSML, dos Santos Souza JJSS. Azapironas para el trastorno de ansiedad generalizada (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

145. Rickels K, Pollack MH, Feltner DE, Lydiard RB, Zimbroff DL, Bielski RJ, Tobias K, Brock JD, Zornberg GL, Pande AC. Pregabalin for Treatment of Generalized Anxiety Disorder. A 4-Week, Multicenter, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial of Pregabalin and Alprazolam. Archives of General Psychiatry. 2005; 62:1022-1030.

146. Bech P. Dose-response relationship of pregabalin in patients with generalized anxiety disorder. A pooled analysis of four placebo-controlled trials. Pharmacopsychiatry. 2007; 40(4):163-8.

147. Montgomery SA, Tobias K, Zornberg GL, Kasper S, Pande AC. Efficacy and safety of pregabalin in the treatment of generalized anxiety disorder: a 6-week, multicenter, randomized, double-blind, placebo-contro-

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

lled comparison of pregabalin and venlafaxine. Evidence Based Mental Health. 2007; 10(1):23.

148. Pohl RB, Feltner DE, Fieve RR, Pande AC. Efficacy of pregabalin in the treatment of generalized anxiety disorder: double-blind, placebo-controlled comparison of BID versus TID dosing. Journal of Clinical Psychopharmacology. 2005; 25(2):151-8.

149. Simon NM, Hoge EA, Fischmann D, Worthington JJ, Christian KM, Kinrys G, Pollack MH. An open-label trial of risperidone augmentation for refractory anxiety disorders. J Clin Psychiatry. 2006; 67(3):381-5.

150. Snyderman SH, Rynn MA, Rickels K. Open-label pilot study of ziprasidone for refractory generalized anxiety disorder. Clin Psychopharmacol. 2005 Oct;25(5):497-9.

151. Pollack MH, Roy-Byrne PP, Van Ameringen M, Snyder H, Brown C, Ondrasik J, Rickels K. The selective GABA reuptake inhibitor tiagabine for the treatment of generalized anxiety disorder: results of a placebo-controlled study. Journal of Clinical Psychopharmacology. 2005; 66(11):1401-8.

152. Mathew SJ, Amiel JM, Coplan JD, Fitterling HA, Sackeim HA, Gorman JM. Open-label trial of riluzole in generalized anxiety disorder. Am J Psychiatry. 2005; 162(12):2379-81.

153. Naukkarinen H, Raassina R, Penttinen J, Ahokas A, Jokinen R, Koponen H, Lepola U, Kanerva H, Lehtonen L, Pohjalainen T, Partanen A, Mäki-Ikola O, Rouru J; Deramciclane Dose-Finding Study Group. Deramciclane in the treatment of generalized anxiety disorder: a placebo-controlled, double-blind, dose-finding study. European Neuropsychopharmacology. 2005; 15(6):617-23. Epub 2005 Jun 9.

154. Sáiz Ruiz J, Ibáñez Cuadrado A, Montes Rodríguez JM. Trastorno de angustia. Crisis de pánico y agorafobia en atención primaria. Barcelona: MASSON S.A; 2001.

155. Marchesi C, Cantoni A, FontC2 S, Giannelli MR, Maggini C. The effect of pharmacotherapy on personality disorders in panic disorder: a one year naturalistic study. J Affect Disord. 2005; 89(1-3):189-94.

156. Palao Vidal D, Márquez Rowe M, Jódar Ortega I. Guía psiquiátrica en Atención Primaria. SmithKline Beecham; 1996.

157. Boyer W. Serotonin uptake inhibitors are superior to imipramine and alprazolam in alleviating panic attacks: a meta-analysis. International Clinical Psychopharmacology. 1995; 10(1): 45-49.

158. Wagstaff A J, Cheer S M, Matheson A J, Ormrod D, Goa K L. Paroxetine: an update of its use in psychiatric disorders in adults. Drugs. 2002; 62(4): 655-703.

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

159. Pollack MH, Lepola U, Koponen H, Simon NM, Worthington JJ, Emilien G, Tzanis E, Salinas E, Whitaker T, Gao B. A double-blind study of the efficacy of venlafaxine extended-release, paroxetine, and placebo in the treatment of panic disorder. Depress Anxiety. 2007; 24(1):1-14.

160. Fisekovic S, Loga-Zec S. Sertraline and alprazolam in the treatment of panic disorder. Bosn J Basic Med Sci. 2005; 5(2):78-81.

161. Milrod B, Busch F. Long-term outcome of panic disorder treatment: a review of the Literature. Journal of Nervous and Mental Disease. 1996; 184(12): 723-730.

162. Ferguson JM, Khan A, Mangano R, Entsuah R, Tzanis E. Relapse prevention of panic disorder in adult outpatient responders to treatment with venlafaxine extended release. The Journal of Clinical Psychiatry. 2007; 68(1):58-68.

163. Blaya C, Seganfredo AC, Dornelles M, Torres M, Paludo A, Heldt E, Manfro GG. The efficacy of milnacipran in panic disorder: an open trial. Int Clin Psychopharmacol. 2007; 22(3):153-8.

164. Sheehan DV, Sheehan KH, Raj BA. The speed of onset of action of alprazolam-XR compared to alprazolam-CT in panic disorder. Psychopharmacol Bull. 2007; 40(2):63-81.

165. Uhlenhuth EH, Starcevic V, Qualls C, Antal EJ, Matuzas W, Javaid JI, Barnhill J. Abrupt discontinuation of alprazolam and cognitive style in patients with panic disorder: early effects on mood, performance, and vital signs. Journal of Clinical Psychopharmacology. 2006; 26(5):519-23.

166. Sepede G, De Berardis D, Gambi F, Campanella D, La Rovere R, D'Amico M, Cicconetti A, Penna L, Peca S, Carano A, Mancini E, Salerno RM, Ferro FM. Olanzapine augmentation in treatment-resistant panic disorder: a 12-week, fixed-dose, open-label trial. Journal of Clinical Psychopharmacology. 2006; 26(1):45-9.

167. Uhlenhuth E. H, Matuzas W, Warner Teddy D, Paine Susan, Lydiard R. B, Pollack, M H. Do Antidepressants Selectively Suppress Spontaneous (Unexpected) Panic Attacks? A Replication. Journal of clinical Psychopharmacology. 2000; 20(6): 622-627.

168. Edna BF, Martin EF, Moser J, Context in the Clinic: How Well Do Cognitive-Behavioral Therapies and Medications Work in Combination?. Biological Psychiatry. 2002; 52:987-997.

169. Power K G, Simpson R J, Swanson V, Wallace L A. Controlled comparison of pharmacological and psychological treatment of generalized anxiety disorder in primary care. British Journal of General Practice. 1990; 40(336):289-294.

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

170. Bernal i Cercós A, Fusté i Vallverdú R, Urbieta Solana R, Montesinos Molina I. Tratamiento de relajación en pacientes con trastornos de ansiedad y somatoformes en atención primaria. Atención Primaria. 1995; 15: 499-504.

171. Furukawa TA, Watanabe N, Churchill R. Psicoterapia combinada más antidepresivos para el trastorno por pánico con o sin agorafobia (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

172. Marks IM, Swinson RP, Basaglu M, Kuch K, Nashirvani H, O'Sullivan G, et al. Alprazolam and exposure alone and combined in panic disorder with agoraphobia: A controlled Study in London and Toronto. British Journal Psychiatriy. 1993; 162:776-787.

173. Cottraux J, Note ID, Cungi C, Legeron P, Heim F, Cheinweiss L, et al. A controlled study of cognitive behavior therapy with buspirone or placebo in panic disorder with agoraphobia. British Journal Psychiatric. 1995; 167:635-641.

174. Barlow DH, Gorman JM, Shear MK, Woods SW. Cognitive-behavioral therapy, imipramine, or their combination for panic disorder: A randomized controlled trial. JAMA. 2000; 283:2529–2536.

175. Craske MG, Golinelli D, Stein MB, Roy-Byrne P, Bystritsky A, Sherbourne C. Does the addition of cognitive behavioural therapy improve panic disorder treatment outcome relative to medication alone in the primary-care setting?. Psychological Medicine. 2005; 35(11): 1645-54.

176. Roy-Byrne PP, Craske MG, Stein MB. Sullivan G, Bystritsky A, Katon W, Golinelli D, Sherbourne CD. A Randomized Effectiveness Trial of Cognitive-Behavioral Therapy and Medication for Primary Care Panic Disorder. Arch General Psychiatry. 2005; 62(3):290-298.

177. Sharp DM, Power KG, Simpson RJ, Swanson V, Anstee JA. Global measures of outcome in a controlled comparison of pharmacological and psychological treatment of panic disorder and agoraphobia in primary care. British Journal of General Practice. 1997; 47:150-155.

178. Bower P, Richards D, Lovell K. The clinical and cost-effectiveness of self-help treatments for anxiety and depressive disorders in primary care: a systematic review. British Journal of General Practice. 2001; 51(471): 838-845.

179. den Boer P C, Wiersma D, van den Bosch R J. Why is self-help neglected in the treatment of emotional disorders: a meta analysis. Psychological Medicine. 2004; 34(6): 959-971.

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

180. van Boeijen C A, van Balkom A J, van Oppen P, Blankenstein N, Cherpanath A, van Dyck R. Efficacy of self-help manuals for anxiety disorders in primary care: a sytematic review. Family Practice. 2005; 22(2): 192-196.

181. Barlow JH, Ellard DR, Hainsworth JM, Jones FR, Fisher A. A review of self-management interventions for panic disorders, phobias and obsessive-compulsive disorders. Acta Psychiatrica Scandinavica. 2005; 111: 272–285.

182. Reeves T, Stace JM. Improving patient access and choice: Assisted Bibliotherapy for mild to moderate stress/anxiety in primary care. Journal of Psychiatr and Mental Health Nursing. 2005;12:341-6.

183. Richards A, M Barkham, J Cahill, et al. PHASE: a randomised, controlled trial of supervised self-help cognitive behavioural therapy in primary care. Br J Gen Pract. 2003; 53(495):764-70.

184. Wright J et al. A Bibliotherapy Approach to Relapse Prevention in Individuals with Panic Attacks. Journal of Anxiety Disorders. 2000; 14(5):483-499.

185. Juan Ladrón Y, García-Carrillo B, Oliván Blázquez B, García-Campayo J. Utilidad de la biblioterapia en Atención Primaria. En: García-Campayo J, Hidalgo Campos I, Orozco González F. Psicoterapia de resolución de problemas en atención primaria. 1ª ed. Barcelona: Ars Medica; 2006. p. 107-13.

186. Febbraro G A. An Investigation into the Effectiveness of Bibliotherapy and Minimal Contact Interventions in the Treatment of Panic Attacks. Journal of Clinical Psychology. 2005; 61(6):763–779.

187. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Computerised cognitive behaviour therapy for depression and anxiety. Review of Technology Appraisal 51. London: National Institute for Health and Clinical Excellence. 2006.

188. Kaltenthaler E, Brazier J, De Nigris E, Tumur I, Ferriter M, Beverley C, Parry G, Rooney G, Sutcliffe P. Computerised cognitive behaviour therapy for depression and anxiety update: a systematic review and economic evaluation. Health Technology Assessment. 2006; Vol. 10: No. 33.

189. McCrone P, Knapp M, Proudfoot J, Ryden C, Cavanagh K, Shapiro DA, Ilson S, Gray JA, Goldberg D, Mann A, Marks I, Everitt B, Tylee A. Cost-effectiveness of computerised cognitive-behavioural therapy for anxiety and depression in primary care: randomised controlled trial. Br J Psychiatry. 2004; 185:55-62.

190. Carlbring P, Bohmann S, Brunt S, Buhrman M, et al. Remote Treatment of Panic Disorder: A Randomized Trial of Internet-Based Cognitive

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

Behavioral Therapy Supplemented with telephone calls. The American Journal of Psychiatry. 2006; 163(12):2119-2125.

191. Mihalopoulos C, Kiropoulos L, Shih ST, Gunn J, Blashki G, Meadows G. Exploratory economic analyses of two primary care mental health projects: implications for sustainability. Med J Aust. 2005; 183(10 Suppl):S73-6.

192. Saeed SA, Bloch RM, Antonacci DJ. Herbal and Dietary Supplements for Treatment of Anxiety Disorders. American Family Physician. 2007; 76(4):549-56.

193. Pittler MH, Ernst E. Efficacy of kava extract for treating anxiety: systematic review and meta-analysis. Journal of Clinical Psychopharmacol. 2000; 20:84-9.

194. Pittler MH, Ernst E. Extracto de Kava para el tratamiento de la ansiedad (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

195. Connor KM, Payne V y Davidson JR. Kava in generalized anxiety disorder: three placebo-controlled trials. International Clinical Psychopharmacology. 2006; 21(5):249-53.

196. Boerner RJ, Sommer H, Berger W, Kuhn U, et al. Kava-Kava extract LI 150 is as effective as Opipramol and Buspirone in General Anxiety disorder – an 8 week, randomized, double-blind multi-centre clinical trial in 129 out-patients. Phytomedicine. 2003; 10 Suppl 4: 38-49.

197. Lehrl S. Clinical efficacy of kava extract WSR 1490 in sleep disturbances associated with anxiety disorders - Results of a multicenter, randomized, placebo-controlled, double-blind clinical trial. Journal of Affective Disorders. 2004; 78(2):101–110.

198. Cairney S, Maruff P, Clough A R, Collie A, Currie J and Currie BJ. Saccade and cognitive impairment associated with kava intoxication. Human Psychopharmacology. 2003; 18(7):525-33.

199. Barnes J. Quality, efficacy and safety of complementary medicines: fashions, facts and the future. Part II: Efficacy and safety. British Journal of Clinical Pharmacology. 2003; 55(4):331-340.

200. Center for Food Safety and Applied Nutrition, U.S. Food and Drug Administration. Kava-containing dietary supplements may be associated with severe liver injury. Acceso 19 octubre de 2007. Disponible en: http://www.cfsan.fda.gov/~dms/addskava.html.

201. ORDEN SCO/190/2004, de 28 de enero, por la que se establece la lista de plantas cuya venta al público queda prohibida o restringida por razón

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

de su toxicidad (B.O.E. 32, de 6 de febrero de 2004). Profesionales Salud Humana. Plantas Medicinales. [sede Web]*. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios AEMPS; 2007 [acceso 20 de diciembre de 2007]. Disponible en: https://sinaem4.agemed.es/consaem/fichasTecnicas.do?metodo=detalleForm.

202. Miyasaka LS, Atallah AN, Soares BGO. Valeriana para los trastornos de ansiedad (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

203. Miyasaka LS, Atallah AN, Soares BGO. Pasionaria para el trastorno de ansiedad (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

204. Akhondzadeh S, Naghavi HR, Vaziriani M, Shayeganpour A, Rashidi H, Khani M. Passionflower in the treatment of generalized anxiety: a pilot double-blind randomized controlled trial with oxazepam. Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics. 2001; 26:363-367.

205. Woelk H, Arnoldt K H, Kieser M, Hoerr R. Ginkgo biloba special extract EGb 761 in generalized anxiety disorder and adjustment disorder with anxious mood: A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. Journal of Psychiatric Research. 2007; 41(6): 472–480.

206. Herrera-Arellano A, Jiménez-Ferrer E, Zamilpa A, Morales-Valdéz M, García-Valencia CE, Tortoriello J. Efficacy and tolerability of a standardized herbal product from Galphimia glauca on generalized anxiety disorder. A randomized, double-blind clinical trial controlled with lorazepam. Planta Med. 2007 ;73(8):713-7.

207. Hanus M, Lafon J, Mathieu M. Double-blind, randomized, placebo-controlled study to evaluate the efficacy and safety of a fixed cobination containing two plant extracts (Crataegus oxyacantha and Eschscholtzia californica) and magnesium in mild-to-moderate anxiety disorders. Current Medical Research and Opinion. 2004; 20(1):63-71.

208. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. A guideline developers' handbook (Publication n° 50) [monografía en Internet]. Edinburgh: SIGN: 2001 [actualizado mayo de 2004; acceso 10 de diciembre de 2006]. Disponible en: http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/index.html.

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

9 788445 131565

P.V.P.: 6 euros

GOBIERNO DE ESPAÑA
MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO
Comunidad de Madrid
CONSEJERÍA DE SANIDAD

www.msc.es
www.madrid.org/lainentralgo