

## Revisión clínica del tratamiento de los Trastornos de Ansiedad

Juan Manuel Téllez Lapeira<sup>a</sup>, Jesús López-Torres Hidalgo<sup>b</sup>, Clotilde Boix Gras<sup>c</sup>, Alejandro Villena Ferrer<sup>d</sup>, Ignacio Párraga Martínez<sup>e</sup>, Susana Morena Rayo<sup>f</sup>

<sup>a</sup> Médico de Familia. Centro de Salud Zona V-B de Albacete. Miembro del Grupo de Trabajo de Salud Mental de la semFYC.

<sup>b</sup> Médico de Familia. Área de Investigación, Docencia y Formación del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.

<sup>c</sup> Médico de Familia. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Albacete.

<sup>d</sup> Médico de Familia. Centro de Salud Zona V-B de Albacete.

<sup>e</sup> Médico de Familia. Centro de Salud Zona VI de Albacete.

<sup>f</sup> Médico de Familia. Centro de Salud de Tobarra (Albacete).

Correspondencia:  
Juan Manuel Téllez Lapeira.  
Centro de Salud Zona V-B,  
C/ Profesor Macedonio  
Jiménez s/n,  
02003-Albacete. E-mail:  
juantellez@sescam.jccm.es.

Recibido el 25 de septiembre de 2007.

Aceptado para su publicación el 15 de octubre de 2007.

### RESUMEN

La ansiedad es patológica cuando se produce ante estímulos inadecuados o inexistentes, o cuando éstos existen o son adecuados, pero la intensidad y/o la duración de la respuesta supera los límites adaptativos. Es el síntoma común de un conjunto de cuadros clasificados como trastornos de ansiedad. Nos ocuparemos en la presente revisión de los más frecuentes y con mayor trascendencia en la calidad de vida de los pacientes.

Revisamos las pruebas actualmente disponibles sobre efectividad y seguridad de las opciones terapéuticas utilizadas para el abordaje del trastorno de angustia, el trastorno de ansiedad generalizado, la fobia social y simple o específica y el nivel asistencial más eficiente para su tratamiento. Se trata de una revisión de la bibliografía seleccionada (guías basadas en la evidencia y revisiones sistemáticas y clínicas), considerando básicamente la validez y consistencia de los estudios, importancia de los resultados y su aplicabilidad. Los grados de recomendación se fundamentan en los niveles de evidencia existentes.

**Palabras clave.** Trastornos de ansiedad, pánico, agorafobia, trastornos fóbicos.

### ABSTRACT

#### Clinical review of the treatment of Anxiety Disorders

Anxiety is pathological when it is produced in the absence of stimuli or with inadequate stimuli, or when stimuli do exist and are appropriate but the intensity and duration of the response exceed adaptive limits. This is the common symptom of a group of disorders classified as anxiety disorders. In this review, we focus on the most frequent of these and those with the greatest repercussions on the patients' quality of life.

We review currently available tests of efficacy and safety of the therapeutic options available to treat panic attacks, generalised anxiety disorder, specific or simple social phobia and the most efficient healthcare levels for their treatment. This paper reviews the literature selected (evidence-based guidelines and systematic and clinical reviews), basically considering the validity and consistency of the studies, the importance of the results and their applicability. The recommendations are based on existing levels of evidence.

**Key words.** Anxiety Disorders, Panic, agoraphobia, phobia, phobic disorders.

### INTRODUCCIÓN

Los trastornos por ansiedad son, en conjunto, la enfermedad psiquiátrica más frecuente. Su prevalencia se sitúa entre el 2 y el 8% en la población general y el 10 y 12% en las consultas de atención primaria<sup>1,2</sup>. La mayoría de los pacientes que consultan por ansiedad lo hacen a su médico de familia.

El término ansiedad forma parte del lenguaje coloquial, utilizándose habitualmente de modo inapropiado. La ansiedad es una respuesta adaptativa a múltiples situaciones de la vida que se puede considerar normal. Es patológica cuando se produce ante estímulos inadecuados o inexistentes, o cuando éstos existen o son adecuados, pero la intensidad y/o la duración de la respuesta supera los límites adaptativos. La ansiedad patológica es el síntoma común de un conjunto de cuadros clasificados

como trastornos de ansiedad. Nos ocuparemos en la presente revisión de los más frecuentes y de mayor impacto clínico.

En la tabla 1 se recogen los criterios diagnósticos DSM IV-TR de la crisis de angustia o panic attack. Las crisis que son generalmente inesperadas y recurrentes (al menos dos), con preocupación por la aparición de nuevas crisis o sus consecuencias, durante como mínimo un mes, definen el trastorno de angustia. Éste puede asociarse o no a comportamientos de evitación en determinadas situaciones. Estas conductas constituyen el síntoma clave de la agorafobia. En el trastorno de ansiedad generalizado la característica esencial es la presencia de ansiedad y preocupación excesiva mantenida durante más de 6 meses con otros síntomas asociados. El trastorno fóbico es definido por la existencia de un temor irracional y persistente ante un objeto específico, actividad o situación, con la consecuente evitación del objeto temido.

El abordaje de estos trastornos precisa haber realizado previamente el diagnóstico diferencial con otros trastornos psiquiátricos, trastornos asociados al uso de sustancias y enfermedades orgánicas. Todos ellos pueden manifestar ansiedad clínicamente significativa secundaria a la enfermedad de base y su presencia modificará tanto la intervención como la evolución.

Mejorar las habilidades, tanto diagnósticas como terapéuticas, en problemas de salud mental de alta prevalencia, como son los trastornos de ansiedad, parece tener un impacto favorable en términos de efectividad y eficiencia<sup>3</sup>. Para ello, contamos básicamente con instrumentos facilitadores del proceso de identificación como son las escalas y cuestionarios de cribado (con limitaciones de aplicabilidad en atención primaria), el conocimiento del paciente y su entorno, y la accesibilidad y continuidad de la atención (lo aportan la medicina de familia en nuestro nivel asistencial), la en-

trevista clínica semiestructurada y los criterios clínicos estandarizados mediante las clasificaciones DSM IV-TR y CIE -10. Estas permiten un lenguaje común para identificar a los pacientes que necesitan intervención y seguimiento, posibilitando evaluar la efectividad, seguridad y pronóstico de las intervenciones.

La importancia y trascendencia de todas las formas de presentación de los trastornos de ansiedad viene dada fundamentalmente por el impacto que tienen o tendrán en la morbilidad del paciente: en su calidad de vida, en el deterioro funcional (laboral, familiar y social) y en el uso de los servicios sanitarios, consecuencias fundamentalmente del sufrimiento psicológico y las conductas de evitación. En este sentido, los objetivos del tratamiento deben incidir en:

- β Efectividad en el control y prevención de las crisis, ansiedad anticipatoria y conductas disfuncionales.
- β Control de las preocupaciones y sus consecuencias clínicas o disfuncionales.
- β Abordar y prevenir la comorbilidad.
- β Prevención de recurrencias.
- β Maximizar la seguridad de las intervenciones. Evitar fenómenos de dependencia farmacológica.

## OBJETIVOS DE LA REVISIÓN

Revisamos las pruebas actualmente disponibles sobre efectividad y seguridad de las opciones terapéuticas utilizadas para el abordaje de los trastornos de ansiedad y el nivel asistencial más eficiente. Se trata de una revisión de la bibliografía seleccionada (guías basadas en la evidencia<sup>3,4</sup> y revisiones sistémicas y clínicas<sup>5-13</sup>), considerando básicamente la validez y consistencia de los estudios, importancia de los resultados y su aplicabilidad. Los grados de recomendación se fundamentan en los niveles de evidencia indicados en la tabla 2.

---

**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 min.**

---

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

**Tabla 1.** Criterios diagnósticos de Crisis de Angustia (Panic Attack) (DSM IV-TR).

Fuerza de las Recomendaciones	Categorización de la Evidencia
A	Basadas directamente en evidencia de categoría Ia (pruebas de metaanálisis y revisiones sistemáticas), Ib (pruebas de al menos un ECA)
B	Basadas directamente en evidencia de categoría IIa (Estudios controlados no aleatorizados bien diseñados -cohortes, casos y controles-), IIb (pruebas de al menos otro tipo de estudio cusixperimental) o extrapoladas a partir de evidencia de categoría I
C	Basadas directamente en evidencia de categoría III (pruebas de estudios no experimentales, descriptivos), o extrapoladas a partir de evidencia de categoría I o II
D	Basadas directamente en evidencia de categoría IV (opiniones, consensos...), o extrapolado de I, II ó III

**Tabla 2.** Niveles de evidencia y fuerza de las recomendaciones.

### Recomendaciones en el tratamiento del trastorno de pánico

- La terapia cognitivo-conductual sola o el tratamiento combinado de psicoterapia (terapia cognitiva ó terapia cognitivo-conductual) mas antidepressivo (tricíclico o ISRS) deben ser el tratamiento de primera línea (A).
- La decisión dependerá de las preferencias del paciente y de la disponibilidad de recursos (D).
- Los antidepressivos solos (ISRS, clomipramina o imipramina) deben ser recomendados como tratamiento de segunda línea cuando existan recursos apropiados (A).
- Las benzodiacepinas han demostrado menos resultados a largo plazo y deberían ser prescritas solo a corto plazo (A).

### Recomendaciones para el uso de antidepressivos

- Salvo que este contraindicado, un ISRS (paroxetina, sertralina, fluoxetina, fluvoxamina, citalopram o escitalopram) puede ser utilizado (A).
- Si esta contraindicado o no hay ninguna mejoría tras 12 semanas de tratamiento, la imipramina o clomipramina pueden ser alternativas (A).
- En los pacientes que responden a las 12 semanas, debemos continuar el tratamiento farmacológico durante 6-12 meses (A).
- Considerar aumentar la dosis si hay respuesta insuficiente, sólo pruebas limitadas de dosis-respuesta relacionada con ISRS (fluoxetina y paroxetina) (B).

### ¿Cuándo planteamos derivar al segundo nivel?

- Ante la no disponibilidad de recursos para el abordaje (D).
- Si tras dos intervenciones realizadas (o cualquier combinación de intervención psicológica o farmacológica) y el paciente todavía tiene síntomas significativos (D).
- Ante riesgo de suicidio o comorbilidad depresiva, abuso de sustancias, agorafobia grave o trastornos de personalidad (parece que menor respuesta a los tratamientos) (D).

**Tabla 3.** Recomendaciones para el manejo del Trastorno de Pánico.

## OPCIONES TERAPÉUTICAS EFECTIVAS EN EL TRASTORNO DE ANGUSTIA

### Efectividad del tratamiento a corto plazo

Distinguiremos la efectividad del tratamiento a corto plazo (hasta 12 semanas), cuyo objetivo va a ser la disminución de la frecuencia e intensidad de las crisis, control de la ansiedad anticipatoria y de las conductas evitativas agorafóbicas. En este sentido, las intervenciones psicológicas cognitivo-conductuales, y en menor medida las técnicas de relajación, y las siguientes

intervenciones farmacológicas han demostrado ser los tratamientos más efectivos a corto plazo (A):

- Todos los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) (fluoxetina, fluvoxamina, sertralina, paroxetina, citalopram, escitalopram).
- Algunos antidepressivos tricíclicos (clomipramina e imipramina).
- Algunas benzodiacepinas (BZD) (alprazolam, clonazepam, diazepam, lorazepam). De hecho, el uso de BZD solo esta recomendado a corto plazo y son el tratamiento farmacológico de elección en los ata-

ques de pánico, especialmente alprazolam y lorazepam (A).

Otros antidepresivos con probable efectividad son venlafaxina y reboxetina (B). Sin embargo, determinados fármacos habitualmente usados en este trastorno no han mostrado efectividad, es el caso de propranolol, buspirona, antihistamínicos o antipsicóticos, por tanto, no deben ser prescritos en esta indicación (A).

El uso en general de dosis fijas en los ensayos limita las evidencias sobre la relación dosis-respuesta de los fármacos. Sin embargo, parece que incrementos de dosis determinan mayores tasas de respuesta con fluoxetina y paroxetina (A). En cualquier caso, a corto

plazo no parecen existir diferencias entre los diferentes tratamientos efectivos (A), considerándose la elección de la intervención de acuerdo a las preferencias del paciente y la disponibilidad de recursos (D). Se recomienda mantener el tratamiento 12 semanas para valorar sus resultados (A).

De acuerdo a las guías disponibles hasta 2005, la combinación rutinaria de fármacos y tratamiento psicológico no estaba recomendado en el tratamiento inicial por ausencia de pruebas consistentes de efectividad frente al tratamiento por separado de las intervenciones<sup>3,4</sup>. Sin embargo, una reciente revisión sistémica<sup>13</sup> ha puesto de manifiesto que el tratamiento combinado (terapia cognitiva ó terapia cognitivo-conductual más

**Recomendaciones en el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizado**

- Las pruebas sugieren que antihistamínicos sedativos y benzodiazepinas se usen solo a corto plazo (A).
- La TCC y los tratamientos farmacológicos son igualmente efectivos, la TCC sería de primera línea por su menor tasa de abandonos, si esta disponible (A).
- Los ISRS (escitalopram y paroxetina) serían los antidepresivos que presentan alguna evidencia de prevención de recaídas a largo plazo, debemos mantenerlos 6 meses tras su respuesta inicial (A).
- A muy largo plazo no existe evidencia de efectividad de los fármacos.

**Recomendaciones tras ausencia de respuesta al tratamiento inicial**

- Son necesarios hasta 12 semanas de duración del tratamiento para evaluar su eficacia (A).
- No hay evidencia clara de un aumento de respuesta con el incremento de dosis del fármaco.
- Considerar venlafaxina o imipramina tras no respuesta inicial a ISRS (C).
- Es incierto también que el tratamiento combinado (psicológico y farmacológico) sea mas efectivo que las intervenciones aisladas. Su uso se basa en consenso (D).

**¿Cuándo planteamos derivar al segundo nivel?**

- Ante la no disponibilidad de recursos para el abordaje (D).
- Considerar la remisión en pacientes resistentes al tratamiento (D).

**Tabla 4.** Recomendaciones para el manejo del Trastorno de Ansiedad Generalizado.

**Recomendaciones en el tratamiento agudo**

- Elegir un tratamiento basado en la evidencia (A):
- Farmacológico: la mayoría de ISRS (fluoxetina, paroxetina, fluvoxamina, sertralina, escitalopram), venlafaxina, phenelzine moclobemida, algunas BZD (bromazepam, clonazepam) y otros (gabapentina, pregabalina u olanzepina).
- Psicológico: terapia cognitivoconductual.
- Considerar las características, necesidades y preferencias de los pacientes, así como la disponibilidad de recursos disponibles, especialmente para elegir entre tratamiento farmacológico y psicoterapéutico (D).
- Considerar a los ISRS como tratamiento farmacológico de primera línea, por su menor tasa de efectos adversos y más fácil manejo en atención primaria (D).
- El uso habitual de dosis altas de ISRS no esta recomendado (A).
- Advertir a los pacientes de la necesidad de mantener el tratamiento 12 semanas para valorar su efectividad (A).

**Recomendaciones en el tratamiento a largo plazo**

- Considerar la terapia cognitiva con exposición como el tratamiento de primera línea por reducir la tasa de recaídas y cuando exista disponibilidad de recursos (A).
- Los ISRS serían los fármacos de primera elección en el tratamiento a largo plazo(A) y clonazepam de segunda línea (D).
- En pacientes con respuesta al tratamiento inicial de 12 semanas, debe continuarse el tratamiento durante 6 meses (A).
- No esta recomendado el uso combinado de fármacos y/o psicoterapia (A), excepto cuando falla el tratamiento inicial (D).
- Considerar venlafaxina cuando falla el tratamiento inicial con ISRS (C).

**¿Cuándo planteamos derivar al segundo nivel?**

- Ante la no disponibilidad de recursos para el abordaje (D).
- Considerar la remisión en pacientes resistentes al tratamiento inicial (D).

**Tabla 5.** Recomendaciones para el manejo de la Fobia Social.

## Recomendaciones para el tratamiento de la fobia simple

- Se recomienda determinar la severidad del cuadro, cuantificando el número de miedos, el deterioro funcional que producen (D) y comorbilidad asociada, incluidos otros trastornos de ansiedad (A).
- El tratamiento psicológico conductual, basado en técnicas de exposición, es de elección (A).
- Considerar paroxetina o BZD cuando los pacientes con deterioro funcional no responden a las técnicas psicológicas conductuales (C).

## ¿Cuándo planteamos derivar al segundo nivel?

- Ante la no disponibilidad de recursos para el abordaje (D).
- Considerar la remisión en pacientes resistentes al tratamiento inicial (D).

**Tabla 6.** Recomendaciones para el manejo de la Fobia Simple o Específica.

antidepresivos) a corto plazo parece más efectivo que la psicoterapia sola o el tratamiento antidepresivo solo (A). Esta combinación mejora la respuesta y los resultados secundarios: severidad del trastorno, disfunción social, depresión, ansiedad generalizada y conductas evitativas fóbicas del trastorno de pánico. Esto es así, tanto con el uso de terapia conductual como cognitiva-conductual combinadas con antidepresivos tricíclicos o ISRS (A). Sin embargo, el grupo de terapia combinada presentaba mayores tasas de efectos adversos al compararlo con psicoterapia sola, y similares abandonos respecto al grupo de antidepresivos solos (A).

### Efectividad del tratamiento a largo plazo

En el tratamiento a largo plazo (más de 3-4 meses) el objetivo es mantener el control sobre los síntomas y reducir las tasas de recaídas. En este sentido, la terapia cognitivo-conductual (TCC) parece obtener mayores reducciones en las tasas de recaídas que otras intervenciones, incluidas las farmacológicas (A). Para ello, son necesarias unas condiciones precisas de aplicación de esta intervención psicoterapéutica:

- Terapeuta entrenado (A).
- Adhesión estrecha de los pacientes al protocolo de tratamiento (A).
- Rango óptimo de terapia de 7 a 14 horas (A).
- Sesiones semanales de 1 ó 2 horas en un tiempo máximo de 4 meses (B).
- TCC más breves deben ser suplementadas con materiales de autoayuda (D).

La biblioterapia (material bibliográfico de autoayuda), basada en los principios de la TCC, ha demostrado también ser efectiva y debe ser ofertada en función de su disponibilidad (A). Los beneficios del ejercicio físico, como parte de una buena salud general, han demostrado cierta efectividad (B). Sin embargo, no hay pruebas para recomendar otras terapias tales como grupos de apoyo (encuentros presenciales o vía telefónica basados en los principios de la TCC), información adicional (sobre todos los aspectos de los trastornos de ansiedad mas otros recursos de ayuda) o el uso de TCC vía internet (recomendación de todas intervenciones grado D).

Respecto a la efectividad de los tratamientos farmaco-

lógicos las pruebas disponibles son las siguientes:

- Antidepresivos:
  - Los ISRS, comparados con placebo, mejoran los síntomas a corto y largo plazo. Los diferentes ISRS parecen igualmente eficaces (A).
  - Los antidepresivos tricíclicos (ADT) (imipramina, clomipramina) son eficaces (A).
  - Comparados ISRS versus ADT son igualmente eficaces (A).
  - Tras respuesta en fase aguda, mantener el tratamiento al menos 6 meses (fluoxetina, sertralina o imipramina) consigue menores tasas de recaídas frente a placebo (A).
  - El tratamiento continuado con ISRS o clomipramina (12 y 52 semanas) esta asociado con aumento en las tasas de respuesta globales (A).
  - Las tasas de abandonos son significativamente mayores con ADT (A).
- Benzodicepinas:
  - Alprazolam, comparado con placebo, reducen el número de ataques y mejora los síntomas (A). Sin embargo, las limitaciones metodológicas de los estudios de efectividad, escasos estudios a largo plazo y los efectos adversos demostrados desaconsejan su uso a largo plazo (A).
- Otros fármacos:
  - No existen suficientes pruebas para el uso de otros fármacos tales como antihistamínicos sedativos, antipsicóticos, IMAOs o buspirona, entre otros.

El tratamiento combinado (psicoterapia más antidepresivos) es, a largo plazo (6-24 meses), más efectivo que antidepresivos solos (A), pero igual de efectivo que psicoterapia sola (A), con TC o TCC, y con ADT o ISRS, y con similares tasas de abandonos (A).

En la tabla 3 se resumen las recomendaciones, basadas en las pruebas disponibles, para el abordaje del trastorno de pánico, las indicaciones de uso de los antidepresivos y los criterios de derivación a salud mental.

## OPCIONES TERAPÉUTICAS EFECTIVAS EN EL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADO

### Efectividad del tratamiento a corto plazo



En el tratamiento a corto plazo del trastorno de ansiedad generalizado (12 ó menos semanas) han demostrado efectividad la terapia cognitivo-conductual (TCC) y las intervenciones farmacológicas. La terapia cognitivo-conductual es igual de efectiva que las intervenciones farmacológicas (A). Dos revisiones sistemáticas y cuatro ensayos posteriores encontraron que la terapia conductual cognitiva (mediante una combinación de intervenciones tales como exposición, relajación y reestructuración cognitiva) mejoró la ansiedad y la depresión al cabo de 4 a 12 semanas comparada con control en lista de espera, manejo de la ansiedad o técnicas de relajación únicamente, o psicoterapia no dirigida. Otras alternativas no farmacológicas utilizadas en el tratamiento a corto plazo presentan pocas pruebas para recomendar su uso: terapia de resolución de problemas (C), autoayuda (D) e información y grupos de apoyo (D).

Respecto a las intervenciones farmacológicas:

- **Antidepresivos:** algunos ISRS (paroxetina, sertralina, escitalopram), venlafaxina e imipramina han demostrado efectividad. Hay una elevada respuesta al placebo en todos los estudios (A). Sin embargo, no hay pruebas que sugieran que a corto plazo un fármaco de este grupo sea más efectivo que otro (A).
- **Benzodiacepinas** (alprazolam, bromazepam, mexazolam, diazepam): pruebas de efectividad a las 2-9 semanas frente a placebo, y tan efectivas como los antidepresivos, buspirona o hidroxizina (A). Sin embargo, no hay evidencias de efectividad a largo plazo, además de presentar importantes y frecuentes efectos adversos. Por tanto, no deberían ser usados durante más de 2 a 4 semanas (A).
- **Antihistamínicos sedativos** (hidroxizina): existen datos de efectividad a las 4-12 semanas de seguimiento frente a placebo, bromazepam y buspirona. Hidroxizina se ha mostrado efectiva solo a corto plazo (A). Presentó efectos secundarios significativos como somnolencia y cefalea comparado con placebo (A).
- **Otros fármacos:** buspirona presenta datos de efectividad tras 4 a 9 semanas de seguimiento frente placebo, pero con importantes limitaciones metodológicas de los estudios. Trifluoperacina en un ensayo de corta duración (4 semanas) presentó mejor respuesta que placebo, aunque causó más somnolencia, reacciones extrapiramidales y otros trastornos del movimiento. Pregabalina en un ensayo también de corto periodo de seguimiento, y con importantes pérdidas en los grupos (>25-40%), fue igual de efectiva que lorazepam y más que placebo. No han demostrado efectividad: propranolol, IMAOs u otros antipsicóticos.

### Efectividad del tratamiento a largo plazo

En el control mantenido de los síntomas del trastorno de ansiedad generalizado y en la reducción de las tasas de recaídas las pruebas sobre la efectividad de las intervenciones disponibles son las siguientes:

- **Intervenciones psicológicas:** las TCC son más efectivas que la atención-placebo, tanto a corto como a largo plazo (A). Las tasas de recaídas son menores con TCC que con otras terapias psicológicas (A). No está claramente establecida su eficacia comparada con fármacos a largo plazo. En este sentido, un metaanálisis reciente no encuentra diferencias significativas en eficacia, pero con mejor tolerancia para la TCC (A). Las condiciones de aplicación son similares al abordaje del trastorno de pánico, excepto en el rango óptimo de horas, en este caso establecido entre 16 y 20 horas. La biblioterapia basada en los principios del TCC (A), el ejercicio físico (B), la información adicional sobre los trastornos de ansiedad y los grupos de apoyo (D) y el uso de la TCC vía internet (D), son intervenciones que presentan el mismo grado de recomendación que en el abordaje de los trastornos de pánico.
- **Intervenciones farmacológicas:** es conocido que el tratamiento antidepresivo esta asociado con un incremento de las tasas de respuesta (A). Así parece con el mantenimiento de escitalopram o paroxetina de 8 a 24 semanas, sertralina durante 4 a 12 semanas y venlafaxina de 8 a 24 semanas, en función de las hallazgos de los diversos ensayos. Además, hay evidencia de que, tras la respuesta al tratamiento agudo, parece que mantener el tratamiento (escitalopram o paroxetina) durante 6 meses consigue menores tasas de recaídas que usar placebo (A). No hay pruebas suficientes a más largo plazo de la efectividad de la farmacoterapia (A).

En la tabla 4 se resumen las recomendaciones, basadas en las pruebas disponibles, para el abordaje del trastorno de ansiedad generalizado, las indicaciones de uso de los antidepresivos y los criterios de derivación a salud mental.

## OPCIONES TERAPÉUTICAS EFECTIVAS EN LAS FOBIAS

### Fobia social

La fobia social no es reconocida frecuentemente por el médico de familia que etiqueta al paciente de introvertido o tímido. Sin embargo, el sufrimiento personal, las limitaciones en las actividades sociales y laborales o la comorbilidad asociadas a este trastorno (depresión, ansiedad, conductas de evitación o uso de sustancias) deben alertarnos sobre su presencia y la necesidad de abordarlo.

### Efectividad del tratamiento a corto plazo

Diversas revisiones sistemáticas y ensayos controlados con placebo señalan que un amplio rango de intervenciones parecen efectivas en el abordaje de la fobia social: la TCC (A), los ISRS (fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina, sertralina, escitalopram), venlafaxina, IMAO (phenelzina) y meclonazepam (A). También se han mostrado efectivas algunas BZD (bromazepam y clonazepam), anticonvulsivos (gabapentina y pregabalina) y el antipsicótico olanzapina4 (A). Por

el contrario, no han demostrado ser efectivos imipramina, buspirona ni los betabloqueantes<sup>4</sup> (A).

Son escasos los estudios que comparan la efectividad entre fármacos. Parece que escitalopram (20 mg/día) es superior a paroxetina (20 mg/día) y venlafaxina (75-225 mg./día), y se muestra con similar eficacia que paroxetina (20-50 mg/día)<sup>14-16</sup>.

El uso habitual de dosis fijas en los ensayos limita las evidencias de la relación dosis-respuesta. No obstante, parece que el uso de paroxetina en no respondedores a 8 semanas de tratamiento aumenta sus tasas de respuesta tras 12 semanas de tratamiento<sup>4,17</sup>.

### Efectividad del tratamiento a largo plazo

Los ensayos publicados indican que la continuación del tratamiento con un ISRS o venlafaxina de 12 a 24 semanas se asocia a un incremento en las tasa de respuesta global<sup>14</sup>. Así mismo, ensayos controlados con placebo demuestran, en pacientes que han respondido al tratamiento agudo, que la continuación del tratamiento activo (clonacepam, escitalopram, paroxetina o setralina) durante 6 meses, comparado con cambiar a placebo, es más efectiva al conseguir menores tasas de recaídas<sup>4,18(A)</sup>.

Intervenciones psicológicas y farmacológicas por separado se han mostrado efectivas en el tratamiento agudo. Sin embargo, la terapia cognitiva (grupal o individual) se asocia con reducción del riesgo de recaídas sintomáticas en mayor medida que otros tratamientos. No existe evidencia sobre una mayor efectividad del tratamiento combinado (psicoterapia y fármacos) frente a su implementación por separado. Por tanto, ante ausencia de respuesta al tratamiento inicial, no hay clara evidencia del beneficio de dosis escalonadas, ni del tratamiento combinado. La alternativa sería cambiar a otra de las intervenciones con eficacia demostrada (B). En la tabla 5 se resumen las recomendaciones, basadas en las pruebas disponibles.

### Fobia simple o específica

Miedos a objetos, animales, personas o situaciones son muy frecuentes y extensos, pudiendo afectar a lo largo de la vida a casi el 50% de la población. Sin embargo, solo una minoría de sujetos llega a cumplir los criterios diagnósticos de fobia simple o específica. En muchos casos, solo requieren tratamiento cuando se asocian a cambios en las responsabilidades familiares o laborales. Cuando se presenta con carácter múltiple aumenta el deterioro funcional que producen y su comorbilidad, especialmente con otros trastornos de ansiedad.

### Tratamiento de la Fobia Simple

La mayoría de los pacientes responden a intervenciones psicológicas conductuales basadas en técnicas de exposición. Así, parece que las técnicas que utilizan exposición in vivo son superiores a exposiciones no reales (A).

Solo una minoría de pacientes requiere otros tratamientos. Datos limitados sugieren que paroxetina (B) y algunas BZD (C) son efectivas en el tratamiento agudo de la fobia simple.

No existe evidencia suficiente de que asociar BZD a las técnicas psicológicas conductuales mejore sus resultados. En la tabla 6 se resumen las recomendaciones, basadas en las pruebas disponibles.

## SEGURIDAD DE LAS OPCIONES TERAPÉUTICAS DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

### Uso de antidepresivos

Todos los pacientes a los que se prescribe antidepresivos deberían ser informados, al inicio del tratamiento, de sus efectos secundarios potenciales (incluyendo el aumento transitorio de la ansiedad al inicio del tratamiento) y del riesgo de síntomas de discontinuidad/ retirada si el tratamiento es suspendido bruscamente (o en algunos casos si una dosis es omitida), u ocasionalmente cuando se reduce la dosis (C). Para reducir al mínimo el riesgo de estos síntomas deberían reducirse las dosis gradualmente durante un período ampliado de tiempo. Debe aconsejarse a los pacientes que tomen su medicación tal y como ha sido prescrita. Estos síntomas son por lo general suaves y autolimitados, pero ocasionalmente pueden ser severos, sobre todo ante suspensiones bruscas. Si los síntomas de discontinuidad/retirada son leves, el médico debería tranquilizar al paciente y monitorizar los síntomas. Si son severos, se puede introducir de nuevo (o prescribir otro de la misma clase con una vida más larga) y gradualmente reducir la dosis monitorizando los síntomas (D).

Existen datos de importantes efectos adversos con algunos ISRS. La paroxetina se ha asociado a un incremento de riesgo de intentos de suicidio no fatales en adultos jóvenes y riesgo de malformaciones cardíacas mayores en niños nacidos de mujeres que tomaban el antidepresivo durante el primer trimestre de la gestación. El síndrome serotoninérgico puede presentarse al asociar ISRS con IMAOs. Los antidepresivos tricíclicos se asocian con mayores tasas de abandonos y riesgo de mortalidad por sobredosificación. La venlafaxina puede incrementar la presión arterial y asociarse a un aumento de síntomas de discontinuidad.

### Uso de benzodiazepinas

Las BZD tienen efectos adversos que incluyen fatiga e insomnio, entre otros. El abuso de BZD es bastante prevalente en las personas que padecen trastornos de pánico. Ensayos y estudios observacionales encontraron que las BZD aumentan el riesgo de dependencia, sedación, accidentes laborales y accidentes de tráfico. No se recomiendan su uso a largo plazo. Así mismo, si se utilizan en las etapas avanzadas del embarazo o durante la lactancia, pueden causar efectos adversos en los neonatos.

**NIVEL ASISTENCIAL RECOMENDADO PARA EL ABORDAJE DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD**

Hay datos, aunque poco consistentes, que sugieren ventajas de los servicios ofertados en atención primaria como tasas inferiores de pacientes no atendidos y ser preferidos por los enfermos (D). En principio, atención primaria puede ofertar tratamientos efectivos para ambos procesos (A). Para ello, es imprescindible la disponibilidad de recursos para ofertar los tratamientos más efectivos:

- Disponibilidad de tiempo, conocimientos y habilidades para las intervenciones psicológicas.
- Uso racional y pertinente de las intervenciones farmacológicas de acuerdo a las pruebas disponibles.

En este contexto y en la mayoría de casos, los pacientes podrían ser tratados de modo efectivo en atención primaria (C).

**LIMITACIONES DE LOS ESTUDIOS**

En general, y como sucede con los trastornos mentales, existen pocos estudios de calidad y muchas dudas que resolver. Entre las limitaciones de la bibliografía señaladas por diversos autores destacamos:

- Variabilidad en medidas de resultados, en muchos casos con grupos pequeños y cortos periodos de seguimiento. En ocasiones, las revisiones utilizan medidas de resultado sin una definición clara del término.
- Las medidas no suelen corresponder a resultados finales que reflejen el verdadero impacto funcional de estos trastornos. La mayoría de los ensayos definen como respuesta clínica la disminución en las puntuaciones de los síntomas medidos en la escala relevante.
- Sesgos de publicación.
- Balance de financiación a favor de las intervenciones farmacológicas por el peso de industria farmacéutica.

Por tanto, dado lo prevalente de estos trastornos, el sufrimiento y el deterioro funcional que provocan en el paciente y su entorno, así como el coste social que generan, parece necesario mejorar la cantidad y la calidad de los estudios, favorecer la financiación institucional y privada independiente, mejorar el diseño en la evaluación de intervenciones no farmacológicas y considerar especialmente su aplicabilidad en el contexto de la práctica clínica diaria.

**BIBLIOGRAFÍA**

<sup>1</sup> Ustün BT, Sartorius N. Mental illness in general health practice: An international study. Chichester: John Wiley & Sons; 1995.

<sup>2</sup> Lobo A, Campos R. Epidemiología clínica de los trastornos de ansiedad en atención primaria. En: Los trastornos de ansiedad en atención primaria. Madrid: Emisa; 1997.

Guías clínicas basadas en la evidencia

<sup>3</sup> McIntosh A, Cohen A, Turnbull N, et al. Clinical guidelines for the management of anxiety. Management of anxiety (panic disorder, with or without agoraphobia, and generalised anxiety disorder) in adults in primary, secondary and community care. London (UK): National Institute for Clinical Excellence (NICE); 2004. p.165.

<sup>4</sup> Baldwin DS, Anderson IM, Nutt DJ et al. Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology* 2005; 19(6):567-596.

Revisiones clínicas, sistemáticas y ensayos controlados aleatorizados

<sup>5</sup> Clinical Evidence ([www.evidenciadoclinica.com](http://www.evidenciadoclinica.com)): Christopher Gale y Mark Oakley-Browne. Trastorno de ansiedad generalizada. Fecha de búsqueda: febrero de 2005. Shailesh Kumar y Mark Oakley-Browne. Trastorno de pánico. Fecha de búsqueda: septiembre de 2003.

<sup>6</sup> Jorm AF, Christensen H, Griffiths KM, Effectiveness of complementary and self-help treatments for anxiety disorders. *Med J Aust* 2004; 181(7 Suppl):29-46.

<sup>7</sup> Van Boeijen CA, Van Balkom AJ, Van Oppen P et al. Efficacy of self-help manuals for anxiety disorders in primary care: a systematic review. *Fam Pract* 2005; 22(2):192-196.

<sup>8</sup> Antony MM, Rowa K. Evidence-based assessment of anxiety disorders in adults. *Psychol Assess* 2005; 17(3):256-66.

<sup>9</sup> Pittler MH, Ernst E. Extracto de Kava para el tratamiento de la ansiedad (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2006 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). Fecha de la modificación más reciente: 20 de noviembre de 2002.

<sup>10</sup> Kapczinski F, Lima MS, Souza, JS, Schmitt, R. Antidepresivos para el trastorno de ansiedad generalizada (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2006 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). Fecha de la modificación más reciente: 26 de febrero de 2003.

<sup>11</sup> Den Boer PCAM, Wiersma D, Russo S, van den Bosch RJ. Paraprofesionales para el tratamiento de la ansiedad y los trastornos depresivos (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2006 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). Fecha de la modificación significativa más reciente: 17 de febrero de 2005.

<sup>12</sup> Krisanaprakornkit T, Krisanaprakornkit W, Piyavhatkul N, Lao-paiboon M. Terapia de meditación para los trastornos por ansiedad (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2006 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). Fecha de la modificación significativa más reciente: 25 de agosto de 2005.

<sup>13</sup> Furukawa TA, Watanabe N, Churchill R. Psychotherapy plus antidepressant for panic disorder with or without agoraphobia: systematic review. *Br J Psychiatry* 2006; 188:305-12.

<sup>14</sup> Lader M, Stender K, Burger V, Nil R. Efficacy and tolerability of escitalopram in 12- and 24-week treatment of social anxiety disorder: randomised, double-blind, placebo-controlled, fixed-dose study. *Depression and Anxiety* 2004; 19:241-248.

<sup>15</sup> Allgulander C, Mangano R, Zhang J, Dahl A, Lepola U, Sjodin I et al. Efficacy of venlafaxine ER in patients with social anxiety disorder: a double blind, placebo-controlled, parallel-group comparison with paroxetine. *Human Psychopharmacology* 2004; 19:387-396.

<sup>16</sup> Liebowitz M R, Gelenberg A J, Munjack D. Venlafaxine extended release vs placebo and paroxetine in social anxiety disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62:190-198.

<sup>17</sup> Stein DJ, Stein MB, Pitts CD, Kumar R, Hunter B. Predictors of response to pharmacotherapy in social anxiety disorder: an analysis of 3 placebo-controlled paroxetine trials. *J Clin Psychiatry* 2002; 63:152-155.

<sup>18</sup> Blanco C, Raza M S, Schneier F, Liebowitz M R. The evidence based pharmacotherapy of social anxiety disorder. *Int J Neuropsychopharmacol* 2003; 6:427-442.