

ANSIEDAD

INTRODUCCIÓN

El trastorno de ansiedad así como la sintomatología que ocasiona es una de las causas de consulta médica más frecuente en atención primaria, y uno de los diagnósticos psiquiátricos más habituales.

Una vez realizado el diagnóstico diferencial del trastorno de ansiedad por parte del médico, su tratamiento consta de medidas psicológicas y por supuesto tratamiento farmacológico.

La farmacoterapia ansiolítica tiene una alta eficacia pero es básico que tanto el paciente como su entorno posean la adecuada información sobre su correcta utilización. Para ello el farmacéutico ocupa un lugar óptimo en la cadena sanitaria a fin de asesorar convenientemente a los pacientes que inician un nuevo tratamiento con estos fármacos. Asimismo, en aquellos pacientes usuarios habituales de la farmacia se deberían introducir conceptos de seguimiento farmacoterapéutico para proceder a una evaluación de los tratamientos y prevenir e intervenir ante posibles problemas relacionados con la medicación que puedan aparecer durante el tratamiento.

Es responsabilidad del farmacéutico valorar la necesidad, efectividad y seguridad de los medicamentos en los pacientes que atiende.

La atención personalizada a los pacientes en tratamiento para la ansiedad debe ser una actividad totalmente instaurada en la farmacia. Cuando un paciente inicia un tratamiento ansiolítico, el farmacéutico debe realizar una dispensación encaminada a verificar que tiene la información correcta y necesaria sobre la forma óptima de administración de ese nuevo fármaco. Por este motivo es imprescindible que los farmacéuticos dispongan de una formación totalmente actualizada que les permita prestar esta atención personalizada a los pacientes.

DEFINICIÓN Y SINTOMATOLOGÍA

La ansiedad puede definirse como una anticipación de un

daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia 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. Se hace indispensable 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. Por esta razón, determinado 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.

Los trastornos de ansiedad son las enfermedades psiquiátricas de mayor prevalencia en la población y se encuentran en 15 a 20% de los pacientes que acuden a las consultas médicas. La ansiedad, definida como una sensación subjetiva de inquietud, temor o aprensión, puede indicar un proceso psiquiátrico primario o formar parte de una enfermedad primaria, o ser una reacción a ésta. Los trastornos de ansiedad ocurren comúnmente junto con otras enfermedades mentales o físicas, incluyendo abuso del consumo de alcohol o sustancias, lo cual puede enmascarar los síntomas de la ansiedad o empeorarlos. En algunos casos, estas otras enfermedades necesitan ser tratadas antes de que una persona pueda responder a un tratamiento para el trastorno de ansiedad. A diferencia de la ansiedad relativamente leve y transitoria causada por un evento estresante, los trastornos de ansiedad duran por lo menos seis meses y pueden empeorar si no se los trata.² 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.

TRATAMIENTO

El tratamiento de los Trastornos de Ansiedad Generalizada (TAG) y Trastorno de Angustia (TA) en Atención Primaria tiene los siguientes objetivos:

- aliviar los síntomas
- evitar las secuelas
- ayudar y/o asesorar en la resolución de problemas psicosociales, buscando la efectividad en términos de coste/beneficio.

Desde todos los escenarios de la Atención Primaria se debe plantear un enfoque terapéutico integral, teniendo en cuenta tanto las medidas psicosociales como las biológicas y farmacológicas.

OBJETIVOS FARMACOTERAPÉUTICOS

Los objetivos alcanzables del tratamiento consisten en reducir la frecuencia de las crisis de angustia y amortiguar su intensidad. El tratamiento farmacológico de los trastornos de ansiedad tiene como objetivo aliviar los síntomas, prevenir las recaídas y evitar las secuelas, y todo ello con la mayor tolerabilidad posible hacia la medicación.

VISIÓN INTEGRAL DEL PACIENTE CON ANSIEDAD

Como parte central del abordaje integral del paciente con ansiedad se deben valorar las preferencias y creencias/expectativas del paciente sobre el tratamiento y en esta vía comunicar al paciente las opciones y objetivos terapéuticos en función de los recursos disponibles. En pacientes que inician tratamiento farmacológico para la ansiedad debe insistirse en los posibles efectos secundarios, los posibles síntomas de abstinencia tras interrupción, la no inmediatez del efecto, la duración probable del tratamiento y la necesidad de cumplimiento.

En la evaluación del paciente ansioso, siempre se debe establecer primero si la ansiedad precede o sigue a la enfermedad médica o si se debe a un efecto secundario de los medicamentos. Alrededor de la tercera parte de los pacientes que se presentan con ansiedad tienen una etiología médica de sus síntomas psiquiátricos, pero también puede haber un trastorno de ansiedad con síntomas somáticos en ausencia de una enfermedad médica identificable. Dado el alto grado de comorbilidad entre la depresión y la ansiedad generalizada, así como con los diversos subtipos de trastorno de ansiedades se buscan fármacos que puedan combinar la acción antidepressiva con la acción ansiolítica. De lo con-

trario, los pacientes tratados con un antidepressivo inefectivo para sus estados de ansiedad comórbidos mejorarán sus síntomas de depresión y seguirán padeciendo síntomas de ansiedad. Alternativamente, se pueden administrar dos agentes de forma simultánea: uno efectivo para la depresión y uno afectivo para el trastorno de ansiedad.

RECONOCIMIENTO DE LA FARMACOTERAPIA DEL PACIENTE

ANSIEDAD INDUCIDA POR FÁRMACOS

Como se mencionó anteriormente, determinados fármacos son una causa común de síntomas de ansiedad. El primer paso para la evaluación de la farmacoterapia es determinar si dentro del tratamiento farmacológico que usa el paciente hay algún fármaco que puede inducir o agravar los síntomas del trastorno ansioso.

Fármacos asociados a síntomas de ansiedad

Estimulantes del SNCs: anfetaminas, cafeína, cocaína, efedrina, metilfenidato, nicotina, fenilefrina, pseudo-efedrina.

Retirada de depresores del SNC: barbitúricos, benzodiazepinas, etanol, opiáceos.

Psicofármacos: antipsicóticos, bupropion, buspirona, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, antidepressivos tricíclicos, venlafaxina.

Cardiovascular: captopril, enalapril, digoxina, disopirramida, hidralazina, propafenona, procainamida, reserpina.

Antihipertensivos: felodipino.

Antibióticos: quinolonas, isoniazida.

Broncodilatadores: albuterol, teofilina, aminofilina.

Corticosteroides: prednisona.

Agonistas Dopaminérgicos: levodopa.

Plantas medicinales: ginseng, efedra.

AINEs: ibuprofeno.

Hormonas tiroideas: levotiroxina.

Otros:

Bromocriptina, dronabinol, efavirenz, interferon alfa, isoproterenol, lidocaina, mefloquina, metoclopramida, glutamato monosódico, ácido nicotínico, pergolida, quinacrina, sibutramina, estatinas, esteroides, triptanos, vinblastina, yohimbina.

COMORBILIDAD CON OTROS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS

El tratamiento de la ansiedad cuando coexiste la depresión se realiza con ISRS que pueden tratar simultáneamente los síntomas depresivos y ansiosos. Sin embargo, esto no siempre es cierto en los pacientes con trastorno depresivo mayor y TAG mórbidos. En tales casos se suele abordar primero la depresión en la jerarquía de los síntomas, con el resultado de que algunos pacientes pueden responder disminuyendo sus síntomas globales de depresión mientras siguen teniendo síntomas generalizados de ansiedad, en lugar de remitir completamente hasta un estado de bienestar asintomático. Dada la tendencia que muestra que algunos antidepresivos son también ansiolíticos, ahora podría resultar posible eliminar los síntomas de ambas entidades en pacientes que presentan tanto un estado de ánimo depresivo como un TAG.

PSICOFÁRMACOS

A pesar de la abundancia de estudios, existe confusión acerca el mejor método para tratar la ansiedad generalizada con psicofármacos. El tratamiento inicial probablemente debería ser una combinación de benzodiazepinas y antidepresivos. Los antidepresivos que suelen recomendarse son ISRS (paroxetina, sertralina o escitalopram), ISRSN (venlafaxina liberación prolongada) o ADT (imipramina). En la práctica, si la respuesta a dosis óptimas del ISRS es inadecuada o no es bien tolerado, se suele cambiar a otro ISRS. Si no hay mejoría tras 8-12 semanas, es cuando se considera otro fármaco con diferente mecanismo de acción (ISRSN, ADT). En cuanto a las benzodiazepinas es recomendable su utilización a corto plazo (no más de 4 semanas), cuando sea crucial el control rápido de los síntomas. Las dosis de benzodiazepinas se deberían reducir a las 2-3 semanas, al tiempo que los antidepresivos o las terapias cognitivo-conductuales empiezan a ser efectivos. Esta pauta es de uso común en la práctica clínica, aunque no está respaldado por estudios controlados. Los pacientes que están siendo tratados sólo con benzodiazepinas, deberían ser tratados con benzodiazepinas y antidepresivos (ISRS), con la intención de retirar éstas en 2-3 semanas, aunque esta retirada no siempre es posible. En el tratamiento a largo plazo de la ansiedad crónica la paroxetina, la venlafaxina retard y el escitalopram han demostrado su efectividad en tratamientos de más de 6 meses de duración. Tras la disconti-

nuación del tratamiento, el 20-40% de los pacientes con ansiedad generalizada recae en un plazo de 6-12 meses, por lo que éste debe mantenerse al menos 12 meses. Algunos pacientes requieren tratamiento a más largo plazo para prevenir recaídas.

TRATAMIENTO COMBINADO TERAPIA PSICOLÓGICA Y FARMACOLÓGICA

Existe evidencia de que la terapia cognoscitiva que utiliza una combinación de intervenciones comportamentales tales como exposición, relajación y reestructuración cognoscitiva, es más efectiva que permanecer en una lista de espera (sin tratamiento), que el entrenamiento exclusivo en el manejo de ansiedad o que la terapia no directa. En una revisión sistemática en la que se analizan los datos de nueve ECA con un tamaño muestral de 1.400 individuos, donde los participantes son pacientes diagnosticados con trastornos de ansiedad, se examina la eficacia de las terapias cognitivo-conductuales combinada con la medicación (benzodiazepinas, azapironas, antidepresivos) frente a la eficacia de cada una de estas terapias por separado, midiéndolo a través de diferentes escalas (la escala de evitación fóbica, la de inhibición de la ansiedad-WP2, la de gravedad del trastorno de pánico-PDSS y la de ansiedad de Hamilton-HAM-A). Se concluye que existen pocos estudios metodológicamente adecuados para saber si la terapia combinada es superior a la monoterapia, pero los que directamente comparan la terapia combinada con el tratamiento farmacológico muestran la ventaja para la combinada, con lo que se sugiere que debe considerarse la utilización de un ciclo de terapias cognitivo-conductuales, 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 terapia cognitivo-conductuales parece que no interfiere negativamente en los efectos que se logran a largo plazo, con la terapia cognitivo-conductuales sola.

USO DE PLANTAS MEDICINALES Y TERAPIAS ALTERNATIVAS PARA LA ANSIEDAD

Se recomienda a los profesionales que pregunten a los pacientes sobre cualquier producto de herbolario que estén tomando o hayan tomado. En la práctica clínica ante la falta de evidencia científica es importante asegurar la pertinencia y el uso correcto cuando el farmacéutico indique estos tratamientos o cuando el paciente acuda a la

farmacia buscándolos como alternativa terapéutica única o complementaria a otro tratamiento farmacológico. Esta carencia de evidencia contundente hace indispensable realizar un seguimiento de la efectividad a través de escalas validadas. Asimismo, aunque se consideren inocuos, no debe dejarse de lado la evaluación de la seguridad bajo los mismos parámetros de otros medicamentos. De esta manera se logra respetar las percepciones y creencias de los pacientes, sin desestimar una alternativa terapéutica que puede aportar mejoría la paciente con la pertinente obtención de información apropiada sobre la efectividad de estos productos en cada caso particular. Esta actuación permite orientar objetivamente a los pacientes en el uso de estas alternativas terapéuticas. Si le benefician se obtienen argumentos clínicos para apoyarle en su uso y si no le suponen una ventaja se genera fundamento para orientar decisiones en cambios de alternativas terapéuticas.

IDENTIFICACIÓN DE CONDICIONES CLÍNICAS PARA EVALUAR LA FARMACOTERAPIA

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA EN PACIENTES CON SOSPECHA DE ANSIEDAD O TRASTORNO DE ANSIEDAD DIAGNOSTICADO

Para incorporar el abordaje biopsicosocial y centrarse en el paciente como experto en sí mismo, la entrevista farmacéutica se puede complementar con una entrevista semiestructurada con preguntas específicas para conocer aspectos clínicos sobre la ansiedad como condición clínica. En la entrevista semiestructurada se 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 descripción del problema. A continuación se recomiendan una serie de preguntas adaptadas a las características del encuentro del profesional sanitario y del paciente que se da en el ámbito de la Atención Primaria.

Preguntas clave para la entrevista clínica ante la sospecha de trastornos de ansiedad.

PREGUNTAS	RESPUESTAS
Identificación el trastorno <i>“¿Cómo le están yendo las cosas últimamente?”</i> <i>“¿Considera usted que está teniendo algún problema de estrés, preocupaciones o ansiedad excesivos?”</i>	[En caso afirmativo] <i>¿Me lo puede contar?</i> <i>¿Cuándo empezó la dificultad excesiva?</i> <i>¿Hubo algún cambio o estrés importante en su vida en esa época?</i>
Explorando las respuestas positivas previas con las siguientes preguntas. Las preguntas se pueden modificar en función de las respuestas del paciente.	
<i>¿Qué clase de cosas le preocupan?</i> <i>¿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?</i> <i>¿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?”</i>	[En caso afirmativo] <i>¿Me lo puede contar?</i> Revisar tratamiento compatible con trastorno por ansiedad generalizada

<i>“¿Experimenta en alguna ocasión de forma repentina síntomas o sensaciones físicas desagradables tales como palpitaciones o vértigos?”</i> <i>¿Tiene sensaciones de miedo o pánico en esas ocasiones?</i> <i>¿Le han ocurrido alguna vez estas experiencias de repente, sin una causa o desencadenante claro?”</i>	[En caso afirmativo] <i>¿Me lo puede contar?</i> Revisar tratamiento compatible con trastorno de angustia.
<i>“¿Evita algunas situaciones porque le pudieran llevar a experimentar esa cadena de síntomas o sensaciones de miedo o pánico?”</i> (Por ejemplo, en aglomeraciones de gente, sitios cerrados, conduciendo, salir de casa solo o en otras situaciones).	[En caso afirmativo] <i>¿Me lo puede contar?</i> Revisar tratamiento compatible con con trastorno de angustia.
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 <i>“¿Este problema [los síntomas descritos por el paciente] le molesta mucho?”</i> <i>“¿Este problema interfiere con su trabajo, actividades o relaciones?”</i>	

Adaptado de: Canadian Psychiatric Association. Clinical Practice Guidelines for the Management of Anxiety Disorders. Can J Psychiatry 2006; 51, Suppl 2. 1S-92S

ESCALAS PARA LA EVALUACIÓN DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Se hace necesario conocer y disponer de escalas breves y de fácil aplicación y manejo, que permitan la detección, evaluación y seguimiento de la ansiedad. La utilización de escalas para medir variables psicosociales y somáticas, es muy habitual y ofrece ventajas a la hora de llevar a cabo el seguimiento farmacoterapéutico en paciente de farmacia comunitaria. Es fundamental que el farmacéutico se habitúe en su práctica clínica diaria a utilizarlas porque así llegará a una mejor comprensión de lo que está ocurriendo en el transcurso de la enfermedad y de la efectividad de los tratamientos que han sido prescritos para tratarlas. Las escalas de evaluación y diagnóstico de depresión y ansiedad, de más fácil y frecuente utilización, en función de su fiabilidad, especificidad y eficiencia, y que no exigen un entrenamiento especial para su aplicación e interpretación, son las siguientes:

- Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg.
- Escala de Hamilton para la Ansiedad (HARS).

Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg

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 gravedad y evolución de estos trastornos. Puede usarse también como una guía para la entrevista. Esta escala está dirigida a la población general. Se trata de un cuestionario heteroadministrado con dos subescalas una para la detección de la ansiedad, y la otra para la detección de la depresión. Ambas escalas tienen 9 preguntas y las 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 y siguen un orden de gravedad creciente. Los últimos ítems de cada escala aparecen en los pacientes con trastornos más graves. En el ámbito de la farmacia comunitaria se puede utilizar esta escala tanto para evaluar

tratamientos para trastornos de ansiedad y depresión, y para identificar a pacientes que consulten sobre síntomas relacionados para ser derivados a su médico de cabecera. Los pacientes que se pueden detectar son:

1. Pacientes que consumen habitualmente psicofármacos o sustancias psicoactivas (p.e analgésicos sin prescripción médica)
2. Pacientes en seguimiento farmacoterapéutico con factores de riesgo (desempleo, duelo, cuidadores de enfermos crónicos o terminales, ruptura matrimonial, etc)
3. Pacientes con manifestaciones psicopatológicas que pidan medicación para tratarlas.
4. Pacientes con síntomas somáticos inespecíficos (mareos, cefaleas, parestesias, dolor torácico..etc).
5. Pacientes con enfermedades crónicas e invalidantes.

Escala de Hamilton para Ansiedad

La Escala de Hamilton para Ansiedad (HARS) examina y cuantifica la intensidad de la sintomatología ansiosa. Evalúa categorías de síntomas, tanto psíquicos como somáticos. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o después de recibir tratamiento, por lo que es posible usarla en estudios de seguimiento. Es una escala heteroadministrada por un clínico tras una entrevista. La prueba consta de 14 ítems. Se pueden obtener dos puntuaciones que se corresponden con ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) o con ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). Con la información proveniente de la aplicación de estas escalas y el resto de la evaluación de la farmacoterapia se debe hacer la derivación al médico tratante.

SÍNTOMAS (ítems) DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD de la escala de Hamilton.

1. Estado de ánimo ansioso.

Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad.

2. Tensión.

Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.

3. Temores.

A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.

4. Insomnio.

Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.

5. Intelectual (cognitivo).

Dificultad para concentrarse, mala memoria.

6. Estado de ánimo deprimido.

Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.

7. Síntomas somáticos generales (musculares).

Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.

8. Síntomas somáticos generales (sensoriales).

Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.

9. Síntomas cardiovasculares.

Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.

10. Síntomas respiratorios.

Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.

11. Síntomas gastrointestinales.

Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.

12. Síntomas genitourinarios.

Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.

13. Síntomas autónomos.

Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta).

14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico).

Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial.

Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.

SEGUIMIENTO AL PACIENTE CON ANSIEDAD

Debe evaluarse continuamente a los pacientes para verificar la mejoría de síntomas de ansiedad y para verificar la recuperación del funcionamiento ocupacional, social, e interpersonal. Con un tratamiento efectivo, el paciente no debería tener síntomas mínimos de ansiedad o depresión. Mientras la farmacoterapia se está iniciando debe evaluarse a los pacientes con más frecuencia para asegurar la tolerancia y respuesta esperada. Es importante tener en cuenta que puede ser necesario derivar al médico para aumentar la dosis en pacientes que exponen una respuesta parcial después de 2 a 4 semanas de tratamiento con un antidepresivo o 2 semanas si toma benzodiazepinas. La duración del tratamiento debe ser individualizada porque algunos pacientes requieren hasta un año de tratamiento. En cada visita de seguimiento debe valorarse la efectividad de los tratamientos usando las escalas la mayor cantidad de veces que sea posible. Debe revisarse el cumplimiento/ adherencia al tratamiento, reevaluar la dosis respecto a la efectividad y efectos secundarios.

CRITERIOS DE DERIVACIÓN AL MÉDICO DE FAMILIA O ESPECIALISTA

Son criterios de derivación de los pacientes ante:

- Persistencia de ansiedad elevada durante más de 12 semanas de tratamiento farmacológico y/o psicoterapia de apoyo. Dificultad o sospecha de una condición clínica no tratada.
- Resultados positivos en las escalas de ansiedad recomendadas ya sea por detección de pacientes en los que surja la sospecha de un posible trastorno ansioso o ante la ineffectividad del tratamiento medida de esta misma manera.
- Comorbilidad psiquiátrica u orgánica tales como depresión mayor, dependencia de alcohol y/o abuso de sustancias.
- Síntomas muy incapacitantes (adaptación social y/o laboral).
- Derivación urgente ante ideación suicida.

BIBLIOGRAFÍA:

1. 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. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS Nº 2018/12.
2. Stahl S. Psicofarmacología esencial. Bases neurológicas y aplicaciones científicas. 2da edición. Ariel Neurociencia. Barcelona: Editorial Ariel; 2009.
3. Castro C, Esteban B, Alberdi J, Viana C. Ansiedad generalizada. Guías Clínicas Fistera 2009; 9 (30). Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias2/ansiedad.asp>
4. Efectividad clínica y de coste de la terapia cognitivo-conductual para la ansiedad relacionada con el estado de salud en pacientes hospitalarios: ensayo controlado aleatorio multicéntrico. Lancet 2014; 383: 219–25. http://www.dicaf.es/dicafdigest_card.php?id=5453
5. Terapia cognitivo conductual en pacientes con trastorno de ansiedad social que permanecen sintomáticos después de tratamiento antidepressivo. Psychosom Psychother 2016; 85: 208-217. http://www.dicaf.es/dicafdigest_card.php?id=6117
6. Efecto de terapia cognitiva más medicamentos antidepressivos vs solamente antidepressivos en la tasa de recuperación de depresivo mayor : ensayo clínico aleatorizado. JAMA Psiquiatría. 2014; 71 (10): 1101-1102. http://www.dicaf.es/dicafdigest_card.php?id=5588

FORMACIÓN DICAF / CURSOS ONLINE:

Conciliación y revisión de la medicación con SPD (2ª Edición).

Acreditado con 4,6 créditos - 44 horas.



Edita: **DICAF, SL**
C/Rabassa, 41 - 08024 BARCELONA

ISSN: 1575-3611 -- NIF: B61640439
Depósito legal: GI-557/1999

Comité de redacción de The Pharmaceutical Letter: <http://www.dicaf.es/comite.php>
Información y suscripciones:
DICAF, SL - C/Rabassa, 41 - 08024 BARCELONA
Tel. 932.113.093 - e-mail: dicaf@dicaf.es - WEB: <http://www.dicaf.es>