Manejo de los trastornos de ansiedad en atención primaria

María Jesús Cerecedo Pérez
Médica de familia. Coordinadora de Grupo de Trabajo de Salud Mental semFYC.
EAP Pontedeume. Servicio Galego de Saude. Ferrol (A Coruña).

José María Dapena Barros
Médico de familia.
EAP Fingoi. Servicio Galego de Saude. Lugo.

Palabras clave:
> Trastorno de ansiedad
> Ansiedad generalizada
> Agorafobia

Mujer de 27 años, sin antecedentes personales de interés, que acude al centro de salud con carácter de urgencia y, muy alarmada, refiere que desde hace 20 minutos tiene sensación de ahogo y dificultad para respirar que va en aumento. Se acompaña de dolor punzante en el pecho, con sensación de que el corazón le late muy rápido y tiene mareos que la obligan a acostarse por miedo a perder el conocimiento. En la exploración física se observa sudoración profusa, taquipnea y temblor distal. Se realiza ECG, que evidencia un ritmo sinusal de 100 lat/min y una glucemia capilar de 80 mg/dl.

PUNTOS CLAVE

- La naturaleza paroxística, la marcada intensidad y la gran variabilidad de los síntomas con poca concordancia orgánica son la norma en las crisis de pánico.
- Los síntomas de las crisis alcanzan su máximo a los 10 min, y se resuelven en 30 min.
- La recurrencia de las crisis causa miedo a nuevos episodios, lo que ocasiona la denominada ansiedad anticipatoria, así como comportamientos de evitación que pueden llegar a ser muy limitantes para el paciente.
- El alprazolam es el fármaco de elección para yugular la crisis de pánico, se utilizará a una dosis de 0,5-1 mg sublingual y se repite la dosis si es preciso a los 15-20 min.
- En el tratamiento de mantenimiento, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) son los fármacos de primera elección.
- El tratamiento debe mantenerse durante un período mínimo de 8 a 12 meses, que se prolongará en casos de resistencia o recurrencia; su retirada será gradual.
- El uso de autorregistro de síntomas, las técnicas de relajación y exposición progresiva a situaciones fobígenas mejoran la respuesta terapéutica.

¿CUÁNDO ADQUIERE LA ANSIEDAD EL GRADO DE PATOLÓGICA? ¿ANSIEDAD, ANSIEDAD PATOLÓGICA, ANGUSTIA?

Existen expresiones ansiosas que no deben considerarse patológicas, como la respuesta instintiva ante estímulos externos, que suscitarían una señal de alerta, por otro lado deseable para el manejo de las exigencias de la vida cotidiana, que provoca en el individuo una respuesta adaptada (adecuada y proporcionada) a ese estímulo. Por ejemplo, la ansiedad que genera la exposición oral de una conferencia.

Cuando la respuesta ansiosa es desadaptada con respecto al estímulo que la genera (desproporcionada en intensidad o duración), tiene mayor expresión corporal y causa sufrimiento y limitación sociolaboral en el paciente, estaremos ante «ansiedad patológica»; así, por ejemplo, quedarse bloqueado en medio de una conferencia.

Si la ansiedad es endógena, sin evidente causalidad externa, con crisis de carácter agudo asociada a sintomatología vegetativa intensa y con sensación de pérdida de control o vivencia de muerte inminente, estamos ante la angustia.

¿QUÉ ME OBLIGA A PENSAR EN UNA CRISIS DE PÁNICO?

Hemos de sospechar una crisis de pánico en los pacientes que acuden a la consulta con variados síntomas vegetativos de etiología orgánica desconocida, que consideran de gravedad extrema.

Así, se define como crisis de pánico a la aparición, súbita y con carácter agudo, de sentimientos de aprensión y terror (de despersonalización, de miedo a morir, a enloquecer, etc.) aso-

ciado a síntomas somáticos intensos, como disnea, dolor torácico, palpitaciones y temblores.

¿A QUÉ POBLACIÓN AFECTA?

Tiene una prevalencia de entre el 1,5 y el 3,5% de la población, con predominio femenino (2:1) y con una media de edad de presentación entre los 25-30 años. Si bien puede aparecer a cualquier edad, es más rara a partir de la cuarta década.

¿CUÁLES SON LOS DATOS CARDINALES DE SOSPECHA CLÍNICA?

- La edad de aparición. Como ya se ha descrito, se presenta con mayor frecuencia en edades jóvenes.
- La aparición súbita de los síntomas. Sin una situación de amenaza o un desencadenante claro, los síntomas se presentan de una manera abrupta (más frecuentemente al anochecer, pero incluso pueden presentarse durante el sueño, despertando al sujeto) alcanzando su máxima intensidad a los 10 min y revirtiendo habitualmente a los 20-30 min de su aparición.
- La intensidad y variabilidad de síntomas. La naturaleza paroxística, la marcada intensidad y la gran variabilidad de los síntomas con poca concordancia orgánica son la norma.

El conjunto de estas características conforma el perfil habitual de presentación de este cuadro.

¿CON QUÉ DEBO PLANTEARME EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL?

El punto más importante, que nunca debe ser obviado, estriba en descartar las posibles *causas orgánicas.* Para ello hemos de realizar pruebas complementarias básicas que tendrán en cuenta la prevalencia de enfermedades médicas asociadas a la ansiedad (tabla 1). Se realizarán las determinaciones de glucemia basal, hormonas tiroideas, hemograma, estudio de función renal y ECG. La necesidad de otras pruebas vendrá determinada por los hallazgos clínicos detectados.

Tabla 1

Causas médicas de crisis de pánico
• Miocardiopatías, arritmias cardíacas y prolapso mitral
• Asma y EPOC
• Enfermedad de Parkinson
• Feocromocitoma
• Hipoglucemia
• Síndrome de hiperventilación
• Hipertiroidismo e hiperparatiroidismo

EPOC, enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Tabla 2

Fármacos que pueden inducir ansiedad	
Antihistamínicos	Cimetidina y ranitidina
Antidepresivos	Fluoxetina, IMAO, tricíclicos
Benzodiazepinas	Reacción paradójica o en abstinencia
Neurolépticos	
Simpaticomiméticos alfa y betaadrenérgicos	Adrenalina, teofilina, salbutamol, terbutalina
Hormonas tiroideas	
Corticoides	
Anticonceptivos orales	
Tuberculostáticos	Isoniazida
Otros	L-Dopa, digital, litio

IMAO, inhibidores de la monoaminooxidasa.

También debe considerarse la existencia de *fármacos y sustancias de abuso,* cuyo consumo puede desencadenar cuadros de ansiedad (tabla 2).

Hemos de recordar que la ansiedad está presente en *otros trastornos psiquiátricos* que deben evaluarse de la manera más completa posible, lo que permiten descartar cuadros como la depresión, los trastornos obsesivo-compulsivos, las fobias o el trastorno por estrés postraumático.

Por último, existen tipos de personalidad, por factores biológicos o aprendidos, que presentan predisposición a la ansiedad; si bien esto no implica progresión hacia un trastorno de ansiedad sí puede facilitar su aparición.

¿CUÁLES SON LOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS EN EL TRASTORNO DE ANSIEDAD?

Los criterios diagnósticos del trastorno de ansiedad están recogidos en el DSM-IV-TR (300.01 y 300.21) y se describen en la tabla 3.

¿CUÁL ES LA EVOLUCIÓN PREVISIBLE Y EL PRONÓSTICO DE LA CRISIS DE PÁNICO?

Es variable y tiene tendencia a repetirse periódicamente, lo que da lugar a lo que se define como *ansiedad anticipatoria* que consiste en la permanente preocupación por la reaparición de las crisis, de forma espontánea o ligada a la exposición a determinadas situaciones.

Tabla 3

Diagnóstico del trastorno de ansiedad (300.01 y 300.21 del DSM-IV-TR)

A) Presencia de 1 y 2
1) Crisis de pánico recurrentes e inesperadas. Caracterizadas por un período discreto de miedo intenso o malestar, en el cual 4 (o más) de los siguientes síntomas se desarrollaron rápidamente y alcanzaron un máximo en 10 min:
   a) Palpitaciones o taquicardia
   b) Sudoración
   c) Temblores o sacudidas
   d) Falta de aliento o sensación de asfixia
   e) Sofocación
   f) Dolor torácico o malestar
   g) Náuseas o molestias abdominales
   h) Sensación de mareo, inestabilidad o sensación de pérdida de conciencia
   i) Despersonalización o desrealización
   j) Miedo de perder el control o de volverse loco
   k) Miedo a morir
   l) Parestesias
   m) Oleadas de calor o escalofríos

2) Al menos una de las crisis ha sido seguida durante al menos 1 mes (o más) de 1 (o más) de los siguientes síntomas:
   a) Miedo persistente acerca de la posibilidad de tener una nueva crisis
   b) Preocupación acerca de las implicaciones de la crisis o de sus consecuencias (perder el control, tener una crisis cardíaca o volverse loco)
   c) Un cambio en la conducta significativo y relacionado con las crisis

B) Presencia/Ausencia de agorafobia (para consignar el subtipo)
C) Las crisis de pánico no son debidas a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o una enfermedad médica
D) Las crisis de pánico no son debidas a otra enfermedad mental

De un 10 a un 20% presenta síntomas graves a largo plazo, un 50% presenta síntomas leves que no interfieren su actividad normal y un 30-40% se libera de los síntomas.

La tendencia a la repetición de episodios facilita la presencia de *agorafobia,* que se describe como la aparición de variados temores con comportamiento de evitación de lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil o bien sea imposible encontrar ayuda: se produce miedo a abandonar el hogar, miedo a quedarse solo o a determinadas situaciones. Se desarrollan conductas evasivas para evitar la aparición de una crisis de angustia, lo que lleva a estos pacientes a limitar cada vez más sus actividades.

Los pacientes que experimentan trastornos de ansiedad tienen tendencia a la automedicación en un intento de alivio sintomático y las sustancias más utilizadas son los sedantes, el alcohol y la cocaína.

La presencia de comorbilidad (depresión, dependencia del alcohol y abuso de sustancias) empeora el pronóstico y aumenta el riesgo de suicidio.

Algunos autores encuentran predictores de gravedad en el trastorno de ansiedad, entre los que se cita el sexo masculino, la comorbilidad con trastorno de ansiedad generalizada y la comorbilidad por depresión mayor.

¿DE QUÉ TRATAMIENTOS SE DISPONE?

En este artículo se recogen las recomendaciones que disponen de un grado de recomendación A o B. En general, se omiten las recomendaciones que cuentan con un grado de confianza moderado o provisional. Así, es posible echar de menos alguna recomendación que se podría haber incluido pero que a día de hoy no cuenta con los grados de evidencia citados.

Parte esencial del tratamiento del trastorno de ansiedad son las medidas de apoyo (grado de recomendación A), que tratan de tranquilizar al paciente con información de las características de su proceso y con la utilización de técnicas sencillas de relajación (intentar respirar de manera profunda o evitar la hiperventilación, haciéndolo respirar en mascarilla obturada o en una bolsa, lo que, aunque fisiológicamente correcto, puede ser vivido como humillante por parte del paciente).

Disponemos de diferentes tipos de psicofármacos que reúnen las características de rapidez en el comienzo de acción y eficacia en el control y la prevención de la crisis, de la ansiedad anticipatoria y de la agarofobia (grado de recomendación A), sin olvidar los objetivos de todo tratamiento de intentar evitar efectos secundarios y tóxicos, la dependencia y la consecución de una eficaz profilaxis de las recurrencias (tabla 4).

Tabla 4

Características del tratamiento ideal del trastorno de ansiedad

- Rapidez en el comienzo de su acción y eficacia en cuanto a:
  - Control y prevención total de las crisis
  - Control y prevención de la ansiedad anticipatoria
  - Control y prevención de la agorafobia
- Ausencia de efectos secundarios y nula toxicidad
- Ausencia de fenómenos de dependencia del medicamento
- Efectos duraderos y eficacia en la profilaxis de recurrencias

¿CON QUÉ FÁRMACOS SE PUEDE TRATAR DE INMEDIATO LA CRISIS AGUDA DE PÁNICO?

Se realiza con benzodiazepinas, por su inicio rápido de acción, baja toxicidad, buena tolerancia y elevada potencia. El fármaco más estudiado y con más alta eficacia demostrada, lo que lo hace de primera elección (grado de recomendación A), es el alprazolam, que se ha de administrar a dosis de 0,5-1 mg por vía oral o sublingual y se puede repetir si no cede la crisis a los 15-20 min. Si el episodio es nocturno puede considerarse la utilización de benzodiazepinas con fuerte acción hipnótica (lormetazepam o flurazepam). El lorazepam (a dosis de 1-2 mg) o el clonazepam (0,5-2 mg), ambos por vía oral o sublingual, son otras alternativas.

¿QUÉ FÁRMACOS SON ÚTILES EN LA FASE DE MANTENIMIENTO?

Las benzodiazepinas y los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS) han demostrado utilidad en la reducción de frecuencia e intensidad de las crisis de pánico, en la disminución de la ansiedad anticipatoria y en cierta mejoría, de un modo más lento, de las conductas evitativas agarofóbicas (grado de recomendación A).

Los ISRS son de primera elección en esta fase por presentar menos efectos secundarios que otros fármacos y su baja toxicidad (grado de recomendación A). Los más estudiados y de eficacia probada son la paroxetina, la sertralina, la fluoxetina, la fluvoxamina y el citalopram, cuyas dosis se señalan en la tabla 5. Se ha de tener en cuenta que la respuesta al tratamiento es menor en pacientes con agarofobia grave, con comorbilidad depresiva o con trastornos de personalidad asociados.

Los diversos tratamientos que se han mostrado eficaces, así como la repercusión sobre los objetivos terapéuticos se muestran en la tabla 6.

Tabla 5

Tratamiento de mantenimiento. Dosis recomendadas

		Dosis inicial (mg/día)	Intervalo terapéutico (mg/día)
ISRS	Fluoxetina	5-10	20-80
	Fluvoxamina	25-50	50-300
	Paroxetina	10	20-50
	Sertralina	25	50-200
ADT	Imipramina	10	50-300
	Clomipramina	10	25-250

ADT, antidepresivos tricíclicos; ISRS, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.

Tabla 6

Tipos de tratamiento y cumplimiento de objetivos

Tipo de tratamiento	Alprazolam	Tricíclicos	ISRS	IMAO	Psicoterapias
Rapidez de acción	+++++	++	++	++	+
Bloqueo de crisis	+++++	++++	++++	++++	+
Reducción de ansiedad anticipatoria	+++++	++	++	+++	++
Reducción de fobia	++++	++	++	++++	++++
Eficacia global	++++	+++	+++	++++	++
Buena tolerancia	++++	+	++	+	+++++
Ganancia de peso	–	+++	–	+++	–
Disfunción sexual	+/–	+++	+++	+++	–
Seguridad	+++++	+/–	+++	+/–	+++++

IMAO, inhibidores de la monoaminooxidasa; ISRS, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.

Las benzodiazepinas, debido al riesgo de tolerancia, dependencia y abstinencia que tienen, ven restringido su uso en la fase de mantenimiento, a las primeras semanas de tratamiento, en las que su rapidez de acción ayudan a minimizar la clínica durante

Tabla 7

Pauta de dosificación de alprazolam en el tratamiento de las crisis de pánico

Día	Desayuno	Comida	Cena	Dosis diaria
1 y 2	0,5	0,5	0,5	1,5 mg
3 y 4	0,5	0,5	1,0	2,0 mg
5 y 6	1,0	0,5	1,0	2,5 mg
7 y siguientes	1,0	1,0	1,0	3,0 mg
Si no desaparecen las crisis, seguir aumentando:				
3.ª semana	1,5	1,5	1,5	4,5 mg
Si no desaparecen las crisis, seguir aumentando:				
4.ª semana	2,0	2,0	2,0	6,0 mg

Aumentar la dosis hasta la desaparición total de las crisis
Dosis máxima recomendable 8 mg
Reducción gradual máxima de 0,5 mg de alprazolam cada 15 días

el período de latencia que presentan los otros fármacos. La de uso más contrastado es el alprazolam, a dosis de 1,5 mg/día fraccionadas en tres tomas y que se aumenta cada 48 h en 0,5 mg/día hasta conseguir el control de las crisis (dosis máxima de 6-8 mg/día) (tabla 7). La formulación *retard* permite dosificaciones cada 12 h hasta los 5-6 mg/día. Otras benzodiazepinas, como el lorazepam o el clonazepam, no presentan una eficacia tan contrastada, si bien ésta última estaría indicada para tratamientos de tiempo prolongado, pues no tiene los problemas de intolerancia de otras benzodiazepinas de alta potencia.

Las benzodiazepinas no deberían indicarse en pacientes con antecedentes de abuso de sustancias.

¿SE DISPONE DE OTROS PSICOFÁRMACOS ÚTILES?

Aunque se desaconseja su uso en atención primaria por la elevada incidencia de efectos secundarios anticolinérgicos (sequedad de boca, estreñimiento) y cardiovasculares (arritmias, taquicardia), los antidepresivos tricíclicos (ADT) como la clomipramina y la imipramina son eficaces (sin diferencias significativas con ISRS) en el tratamiento de mantenimiento de los trastornos de ansiedad (grado de recomendación B) y se debe asociar tratamiento con benzodiazepinas para evitar los accesos de ansiedad anticipatoria (tabla 5).

También son eficaces y útiles (grado de recomendación B) los inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO), pero se reservan exclusivamente para los casos de fracaso terapéutico de las otras alternativas por la necesidad de realizar restricciones dietéticas (dietas bajas en triptófano-tiramina), por el riesgo de crisis hipertensivas graves y por sus interacciones farmacológicas. Su prescripción debe separarse entre 2 y 3 semanas de la suspensión del tratamiento con ADT o ISRS.

¿CUÁNTO TIEMPO SE DEBE MANTENER EL TRATAMIENTO Y CÓMO RETIRARLO?

La elevada tendencia a la recurrencia y al curso crónico de los trastornos de angustia obligan a plantear tratamientos de mantenimiento durante períodos muy prolongados (grado de recomendación A).

Las benzodiazepinas, como ya se ha apuntado, se usan durante las 3-6 semanas de tratamiento, pero en los casos de inadecuado control de las crisis se valorará su mantenimiento hasta que se superen los 3 meses sin episodios de crisis de pánico. Su retirada debe ser gradual para evitar el síndrome de dependencia, con descensos máximos de 0,5 mg de alprazolam cada 15 días.

En el caso de los ISRS y los ADT se debe mantener el tratamiento durante un período mínimo de 8 a 12 meses, que se prolongará en casos de resistencia o recurrencia; su retirada también será gradual, con descensos de dosis del 20% en el caso de los ISRS y de 25 mg cada 15 días en los ADT.

¿PSICOTERAPIA Y/O FARMACOTERAPIA?

En general, las técnicas de psicoterapia y varios grupos farmacológicos ya comentados han demostrado utilidad superior a la ausencia de psicoterapia y al placebo, respectivamente; sin embargo, los estudios comparativos no son concluyentes en cuanto a demostrar cuál de ellas tiene mayor tasa de éxitos.

Hay consenso clínico en que los cuadros graves deberían recibir ambas formas de tratamiento desde el comienzo del proceso y los resistentes a una forma de terapia pueden beneficiarse de la asociación, y nunca de la sustitución, de ambas terapias (grado de recomendación A).

Hemos de tener en cuenta que la rapidez de respuesta terapéutica que se alcanza con benzodiazepinas es fundamental en la crisis aguda de pánico así como en los casos en los que el paciente debe ser protegido de decisiones negativas (p. ej., renunciar a su trabajo a causa de sus síntomas).

¿CUÁLES SON LOS OBJETIVOS DE LA PSICOTERAPIA?

Para establecer una buena relación entre médico y paciente y, por tanto, una buena adhesión al tratamiento es importante conocer algunas peculiaridades de estos pacientes: «la desconfianza inicial» ante el intento del médico de plantearle que sus crisis no responden a una enfermedad «orgánica» y «la mala tolerancia» a las incomodidades del tratamiento (efectos adversos de fármacos, ansiedad secundaria a las técnicas de afrontación), que explicaría la alta tasa de incumplimiento de las prescripciones.

Los objetivos que se plantean desde la psicoterapia, como en cualquier otro proceso, los delimita el paciente y hemos de lograr un concordancia entre los de éste y los del terapeuta buscando la disminución de la frecuencia e intensidad de las crisis, de la ansiedad anticipatoria y de la conducta evitativa agorafóbica.

¿DE QUÉ TRATAMIENTOS PSICOTERAPÉUTICOS DISPONEMOS?

Los tratamientos psicológicos deben apoyarse en una base de evidencia empírica; ya se dispone de una lista de tratamientos empíricamente validados para distintos trastornos, aunque el trabajo de investigación no ha hecho más que empezar.

La psicoterapia cognitivo-conductual (TCC) es la más estudiada porque por su formato de trabajo permite una mayor evaluación de resultados y se ha demostrado como la más eficaz (grado de recomendación A).

Tiene una elevada tasa de éxito, claridad con respecto a los componentes específicos de la intervención, disponibilidad de manuales de tratamiento para el terapeuta y disponibilidad de manuales de autoayuda para los pacientes.

Otras técnicas útiles, aunque menos apoyadas por estudios metodológicamente válidos, serían el entrenamiento en relajación aplicada, la terapia de exposición y los tratamientos de tipo psicodinámico (grado de recomendación B). Los grupos de autoayuda pueden complementar los demás abordajes terapéuticos.

¿CUÁL ES EL ABORDAJE PSICOTERAPÉUTICO EN UNA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA?

El abordaje del trastorno de ansiedad desde la TCC incluye en sus protocolos varios elementos, algunos de los cuales pueden ser utilizados, si estamos familiarizados con su uso, en el ámbito de la atención primaria, como:

- Componente educativo: pretende informar al paciente de qué son la ansiedad y el pánico, y de que sus sentimientos de miedo, si bien intensos y experimentados como graves, no son peligrosos, aportándole estrategias que le ayuden a afrontar el pánico (tabla 8).

Tabla 8

¿Cómo afrontar el pánico?
Reglas para afrontar el pánico
• Lo que siente no es más que la exageración de las reacciones normales al estrés. No añada pensamientos alarmantes sobre lo que está pasando • Espere y deje que pase el temor. No luche contra él ni intente distraerse • Lo principal es aprender a afrontar el temor y no evitarlo • Gradúe el grado de miedo de 0 a 10 y mire si sube o baja. Verá que no permanece en cotas altas durante más de unos segundos • Cuando se encuentre pensando qué le va a suceder, lleve a cabo alguna tarea como contar hacia atrás desde 100 de 3 en 3 • Cuando empiece a sentirse mejor, mire alrededor y piense qué puede hacer después • Cuando esté listo para continuar, comience despacio y relajado. No necesita correr ni esforzarse

Tabla modificada de Echeverria R, et al, 1998.

Es conveniente informar a la familia y aclararle que si bien el paciente no tiene lo que en principio se sospechó (p. ej., un infarto), tampoco es cierta la afirmación «no tiene nada».

- Registro de síntomas y reestructuración cognitiva: el paciente elabora una lista de situaciones que evita, de emociones y comportamientos que tiene, puntuando el grado de ansiedad que experimenta, con el objetivo de evidenciar la relación entre éstos y las crisis.
- Técnicas de manejo de la ansiedad (relajación, control de respiración) que permitan al paciente controlar síntomas como la hiperventilación.
- Técnicas de exposición (en imaginación o en vivo, progresiva o por inmersión) a situaciones fobígenas (en grupo o en coparticipación de un familiar) con el objetivo de entrenar habilidades de afrontamiento. Así, por ejemplo, podemos prescribir la tarea de que el paciente imagine una crisis y que verbalice todo lo que siente, aconsejándole que cuando se presente la ansiedad desarrolle mecanismos que le permitan acostumbrarse a ella y controlarla.

¿EN QUÉ SITUACIONES HE DE DERIVAR AL ESPECIALISTA?

Es importante informar al paciente adelantándole la evolución de su proceso, así como la aparición de efectos secundarios de algunos fármacos al inicio del tratamiento, en especial la ansiedad que pueden causar los ISRS y que el paciente puede interpretar como un empeoramiento de su proceso llevándole a rechazar la medicación y a solicitar la derivación al especialista cuando se trata de un efecto secundario pasajero.

Hemos de derivar en las siguientes situaciones:

- Cuando exista riesgo de suicidio, que llega a alcanzar un 20%. Para valorar estas situaciones son útiles una serie de pautas entre las que se incluye interrogar al paciente sobre su ideación suicida y tener una actitud que favorezca la comunicación evitando posiciones críticas o banalizadoras de la tentativa de suicidio.
- Falta de respuesta a tratamiento adecuado, con la dosis adecuada.
- Recurrencia y cronicidad.
- La presencia de comorbilidad, como depresión, dependencia a alcohol y abuso de sustancias.
- Petición expresa del paciente.
- Dificultad o duda diagnóstica.

LECTURAS RECOMENDADAS

Davis M, McKay M, Eshelman E. Técnicas de autocontrol emocional. Barcelona: Martínez Roca; 1985.
Permite familiarizarse con técnicas de fácil utilización en la consulta de atención primaria.

Massana J. Pánico. Visión actual. Barcelona: Grupo Aula Médica; 1997.
Revisión completa y de amena lectura sobre todos los aspectos del trastorno de pánico.

Pollack MH, Allgulander C, Bandelow B, Cassano GB, Greist JH, Hollander E, et al. WCA recommendations for the long-term treatment of panic disorder. CNS Spectr. 2003;8(8 Suppl 1): 17-30.
Puesta al día sobre las últimas recomendaciones terapéuticas.

www.fisterra.com/guias2/panico.asp
Muy útil por su fácil acceso y lo escueto y completo de su información.

BIBLIOGRAFÍA

American Psychiatric Association (APA). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV (4.ª ed.). Barcelona: Masson; 1995. p. 405-12.

Andrade R, Molero MC. ¿Cómo identificar y manejar una crisis de angustia y un trastorno de angustia? Psiquiatría de Cabecera. Manual para la Práctica Psiquiátrica en Atención Primaria. Vol. 1. Madrid: Ed. Masson; 2003. p. 133-8.

Australian and New Zealand clinical practice guidelines for the treatment of panic disorder and agoraphobia. Aust N Z J Psychiatry. 2003; 37:641-56.

Bakker A, Van Balkom AJ, Spinhoven P. SSRIs vs. TCAs in the treatment of panic disorder: a meta-analysis. Acta Psychiatr Scand. 2002; 106:163-7.

Ballenger JC. Remission rates in patients with anxiety disorders treated with paroxetine. J Clin Psychiatry. 2004;65:1696-707.

Botella Arbona C. Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno de pánico. Psicothema. 2001;13:465-78.

Bousoño M, González MP, Sainz PA, Fernández JM, Bobes J. Manejo de los trastornos mentales y del comportamiento en asistencia primaria (2.ª ed.) Oviedo: Gofer; 1997. p. 167-76.

Boussard M, Gaspar E, Labraga P, D'Ottone A. Pautas terapéuticas de los trastornos de ansiedad. Revista de Psiquiatría de Uruguay. 2002;66:130-52.

Brauer HR, Nowicki PW, Catalano G, Catalano MC. Panic attacks associated with citalopram. Southern Medical Journal. 2002;95:1088-9.

Cetkovich-Bakmas M, Toro Martínez E. Tratamiento farmacológico del trastorno de pánico. Revista de Neuro-Psiquiatría. 2003;66:22.

Davidson JR. Use of benzodiazepines in panic disorder. J Clin Psychiatry. 1997;58(Suppl 2):26-8.

Davis M, McKay M, Eshelman E. Técnicas de autocontrol emocional. Barcelona: Martínez Roca; 1985.

Echevarria PE, Fernández de Sammamed Santos MJ, Iglesias Serrano C, Moretó A, Rodríguez M. Protocolo de Ansiedad y Depresión. FMC. 1997; (Suppl 4):9-13.

Ham P, Waters DB, Oliver MN. Treatment of panic disorder. Am Fam Physician. 2005;71:733-9.

Heuzenroeder L, Donnelly M, Haby MN, Mihalopoulos C, Rossell R, Carter R, et al. Cost-effectiveness of psychological and pharmacological interventions for generalized anxiety disorder and panic disorder. Aust N Z J Psychiatry. 2004;38:602-12.

Kaplan HI, Sadock BJ. Sinopsis de Psiquiatría. Ciencias de la conducta psiquiátrica. Trastornos de ansiedad (8.ª ed.). Madrid: Ed. Médica Panamericana; 1999. p. 662-6.

Martínez MR, Alonso F, Rodríguez FJ. Crisis de pánico. Guías clínicas Fisterra 2004;4(3). Disponible en http://www.fisterra.com/guias2/panico.asp.

Massana J. Pánico. Visión actual. Barcelona: Grupo Aula Médica; 1997.

Pollack MH, Allgulander C, Bandelow B, Cassano GB, Greist JH, Hollander E, et al. WCA recommendations for the long-term treatment of panic disorder. CNS Spectr. 2003;8(8 Suppl 1):17-30.

Pollack MH, Marzol PC. Panic: course, complications and treatment of panic disorder. J Psychopharmacol. 2000;14(2 Suppl 1): s 25-30.

Practice Guideline for the Treatment of Patients with Panic Disorder. Suplement. AMJ Psychiatry. 1998;155:1-34.

Saeed SA, Bruce TJ. Panic disorder: effective treatment options. Am Fam Physician. 1998;57:2405-20.

Saviñon Tirado J, Solis de Mendez F, Johnson Rodríguez R. Trastornos por pánico: aspectos clínicos y psicofarmacológicos. Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría. 2002;35:97-106.

Vanin JR, Vanin KS. Panic disorder: diagnosis and treatment in primary care. American Academy of Family Phisycians; 1998.