

## VALORACIÓN DE LA GPC PARA EL MANEJO DE PACIENTES CON TRASTORNO DE ANSIEDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA

**ANTONIO CANO VINDEL**  
PRESIDENTE DE LA SEAS

**1 Aspectos a destacar de esta guía:**  
Es para mí un placer hacer una labor de revisión sobre una Guía de Práctica Clínica (GPC) cuya intención es proporcionar a los profesionales del Sistema Nacional de Salud (SNS) una serie de recomendaciones prácticas basadas en la evidencia científica, con el fin de facilitar la correcta detección de los trastornos de ansiedad y favorecer la utilización de aquellos tratamientos que se ha demostrado son más efectivos.

Resulta encomiable el esfuerzo del SNS por generar estas GPC que resumen la investigación para los profesionales que atienden nuestra salud. Pero es una pena que en el grupo de trabajo de esta guía que comentamos, formado por trece personas, haya tan sólo una que es psicóloga clínica, o que entre las sociedades científicas que han asesorado en la elaboración de la guía no haya ni una sola sociedad científica de Psicología, cuando en este campo de los trastornos de ansiedad los mejores resultados terapéuticos se están obteniendo con técnicas psicológicas. Nada más contemplar este dato inevitablemente comenzamos a establecer hipótesis como: (1) no habrá muchas revistas de Psicología en las referencias; (2) no aparecerán muchos términos psicológicos en la bibliografía (por ejemplo, “psychology”); (3) no aparecerán autores tan relevantes en la clínica de los trastornos de ansiedad como **Salkovskis** (uno de los autores de la GPC para los



Antonio Cano Vindel

trastornos de ansiedad, *Clinical Guidelines and Evidence Review for Panic Disorder and Generalised Anxiety Disorder*, del NICE, National Institute for Health and Clinical Excellence, UK, [McIntosh et al., 2004]), o **Clark**; (4) no se mencionará a **Chambless** ni al Grupo de Trabajo sobre Promoción y Diseminación de Tratamientos Psicológicos Eficaces (*Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures*) de la APA; o (5) no se habrá revisado la base de datos de publicaciones científicas más importante de la Psicología, PsycINFO.

Desgraciadamente para esta GPC todas estas hipótesis se cumplen. Por otro lado, a nivel metodológico la descripción que se hace de los procedimientos de investigación que se han seguido no es tan detallada como debería, ni en la

guía, ni en la página de Internet a la que remite donde se detalla la metodología (compárese con el Apéndice 17 de la Guía del NICE en la que se describen las palabras clave buscadas en las bases de datos). Hoy en día la comunidad científica tiene muy claro que cuanto más sistemáticas son las revisiones, hay menos sesgos en los resultados y resulta más fácil replicar ese estudio. Así, algunas recomendaciones de esta GPC que comentamos no coinciden en absoluto con las de la guía del NICE, y estas diferencias se deben sin duda a estos dos grandes fallos que acabamos de comentar: no se ha hecho una revisión de la literatura científica psicológica y, en general, no se ha hecho una revisión lo suficientemente sistemática. Recodemos el esfuerzo que se está haciendo en el Reino Unido por incluir los tratamientos psicológicos con apoyo empírico en la Atención Primaria de los trastornos de ansiedad y depresivos. La evidencia científica, así como la de costes-beneficios, así lo han aconsejado. Toda una experiencia que deberíamos estudiar a fondo en España.

Los resúmenes de los resultados de diversos estudios científicos incluidos en la GPC resultan muy informativos (a pesar de existir otros de gran relevancia que no se han incluido); la breve explicación de distintos instrumentos de evaluación resulta ilustrativa; el Anexo 4 (donde se incluye información para ser entregada por escrito al paciente) resul-



ta práctico (pero es lamentable que se diga al paciente que los trastornos de ansiedad son una patología crónica para la que no existe un remedio total –esta conclusión es contraria a la evidencia científica en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad), así como la organización y claridad de la guía. Me parece muy acertado constatar que el paciente debe ser informado acerca de las distintas posibilidades de tratamiento y que su preferencia a la hora de elegir el tratamiento ha de ser tenida en cuenta.

**2. Aspectos a mejorar:** Me gustaría comenzar señalando que, gracias a la investigación científica de los últimos años, la terapia cognitivo-conductual (TCC) ha demostrado ser el tratamiento de elección tanto para el trastorno de ansiedad generalizado (TAG) como para el trastorno de pánico (TP), o trastorno de angustia (TA) (Hofmann & Smits, 2008; Otto, Smits, & Reese, 2004; Stanley & Beck, 2000; Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures, 1993; Yates, 2005).

Hay algunos desajustes o contradicciones entre diferentes partes de la guía que estamos analizando. Si en las páginas 61 y 64, donde se exponen los resultados de diversos ensayos clínicos aleatorizados (ECAs), se constata que existe evidencia (1+) para afirmar que: “*La TCC revisada incluye psicoeducación, exposición a los síntomas o situaciones, reestructuración cognitiva y técnicas de respiración, de relajación y de manejo del pánico, con sesiones semanales, de 1 a 2 horas, en 4 meses de tratamiento*”, ¿por qué en el Resumen de las recomendaciones, al principio de la GPC (página 14), se recomienda otra información (“*La TCC debe ser aplica-*

*da, como media, en unas 8-16 sesiones semanales de 1 a 2 horas.*”)?

El extremar las garantías metodológicas de las investigaciones para establecer la eficacia diferencial de los tratamientos psicológicos y/o farmacológicos se ha convertido en una necesidad y prioridad indiscutible. No existe evidencia empírica que apoye el uso de tratamiento farmacológico en los casos de TAG y TA a largo plazo; sí existe dicha evidencia a favor de la TCC (Hofmann & Smits, 2008; Kenardy, Robinson, & Dob, 2005; Nadiga, Hensley, & Uhlenhuth, 2003).

De la evidencia científica publicada en los últimos años se concluye que el tratamiento farmacológico puede resultar eficaz a corto plazo. Pero no debemos soslayar que presenta un número significativamente mayor de recaídas a largo plazo que la TCC (Margraf, Barlow, Clark, & Telch, 1993; Ost & Westling 1995; Telch et al., 1993).

No estoy de acuerdo en aplicar un tratamiento farmacológico como primera opción con pacientes diagnosticados con TAG y/o TA, pero si se diera el caso y no se produce una mejoría después de 12 semanas de tratamiento farmacológico, se debería recomendar la aplicación de otro tipo de tratamiento de eficacia demostrada (i.e., la TCC y no directamente probar con otro fármaco tal y como recomienda la GPC), ya que existen pruebas que sitúan, por su efecto más duradero, a la TCC en el primer lugar de los tratamientos (Barlow, 1997; Durham et al., 2004; Durham, Chambers, MacDonald, Power, & Major, 2003). En el caso concreto del tratamiento del TA, los estudios que han combinado la exposición con tratamiento farmacológico no son más efectivos que los que han aplicado TCC única-

mente (para un meta-análisis véase Gould, Otto & Pollack, 1995).

Pero no basta con que un tratamiento sea efectivo, eficiente y eficaz; además de ello debe causar el menor número posible de tasas de abandono. Hoy en día sabemos que en los casos de TA, la farmacoterapia presenta tasas más elevadas de abandono que la TCC, ya sea por los efectos secundarios negativos de los medicamentos o por las atribuciones respecto de cada tratamiento que realizan los pacientes (Otto, Pollack, & Maki, 2000).

La GPC especifica que: “*En la prescripción de los antidepresivos los pacientes deben ser informados de los objetivos terapéuticos, la duración del tratamiento, los posibles efectos secundarios y los riesgos de la interrupción brusca del tratamiento*” (p. 15). Además de esto, y tal y como recomienda la guía *Clinical Guidelines and Evidence Review for Panic Disorder and Generalized Anxiety Disorder* de la National Institute for Clinical Excellence (NICE) del año 2004, se debería añadir un aviso en la primera tabla de la página 15 de la GPC acerca del posible aumento en los niveles de ansiedad al comenzar un tratamiento a base de antidepresivos, los inconvenientes de saltarse una dosis, el tiempo aproximado en hacer efecto el

fármaco, así como la importancia de retirar la medicación de forma gradual durante un periodo de tiempo extendido (McIntosh et al., 2004). Se debería especificar, en el mismo lugar, la necesidad de entregar al paciente, por escrito y de forma inteligible y adaptada a su nivel cultural, toda esta información.

En la página 55 de la GPC se constata que en los casos de TAG “*sí hay evidencia de que la mayoría de los pacientes que han sido seguidos tras el tratamiento con TCC a largo plazo mantienen los beneficios de este tratamiento*”, sin embargo en las tablas y resúmenes de la GPC se recomienda el uso de tratamiento farmacológico. La recomendación de utilizar la TCC como tratamiento bien establecido y de primera elección debería quedar reflejada de forma clara y repetida a lo largo de la GPC.

De forma parecida a como se señala en la guía *Clinical Guidelines and Evidence Review for Panic Disorder and Generalized Anxiety Disorder* (McIntosh et al., 2004) se debería destacar en la GPC que no existe suficiente evidencia empírica que apoye las siguientes intervenciones en el TA:

- Hipnosis
- Terapia interpersonal
- Terapia familiar breve
- Programación neurolingüística
- Solución de problemas
- Relajación muscular progresiva
- Psicoanálisis
- Psicoterapia focal
- Control y manejo del estrés
- Terapia psicodinámica
- Estimulación bilateral
- *Eye movement desensitisation and reprocessing* (EMDR)

Por lo tanto, y basándonos en la evidencia, se debería eliminar la recomendación de aplicar técnicas de terapia interpersonal (e.g., en la Tabla “Técnicas psicológicas de aplicación en nuestro contexto de Atención Primaria para el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)” de la página 13), terapias psicodinámicas, terapias centradas en el cliente, terapia familiar breve, counseling, etc. Si “[N]o hay estudios suficientes que hayan evaluado la efectividad de técnicas de intervención psicoterapéuticas distintas a la TCC, para el tratamiento del TAG” (véase p. 59 de la GPC), entonces ¿por qué se recomienda su uso en varios apartados de la GPC?

Existe una elevada respuesta de placebo ante la medicación en los estudios sobre tratamiento del TAG (McIntosh et al., 2004). A mi juicio, esta información debería incluirse en la GPC.

La evidencia empírica (Barlow, Gorman, Shear, & Woods, 2000; Barrowclough et al., 2001; Kenardy et al. 2005; Ladouceur et al., 2000; Öst, Thulin & Ramnero, 2004; Schmidt et al., 2000) demuestra que, tanto en los casos de TAG como de TP, se alcanzan mayores niveles de eficacia cuando se aplica un mínimo de 12 sesiones de TCC, de una hora a una hora y media de duración,

llevadas a cabo de forma semanal, aproximadamente durante 3 - 4 meses (y no como dice la GPC “*unas 10 sesiones en unos 6 meses*”, lo cual se traduce en cerca de un 60% menos del tiempo recomendado por la literatura científica).

Basándose en un solo estudio considero que no se debería afirmar que en los casos de TAG “[L]a TCC puede ser aplicada de manera individual o en grupo, ya que los efectos son similares, aunque el tratamiento individual conlleva menores tasas de abandono.” (p. 13).

Recomiendo la inclusión de datos comparativos sobre los costes del tratamiento farmacológico vs. psicológico a corto y a largo plazo para que se pueda aportar esta información a los pacientes. Por ejemplo, de un meta-análisis realizado a partir de 91 investigaciones, se desprende que la aplicación de la TCC, tanto en los casos de TP como de depresión, supone un ahorro del 33% del coste final en comparación con los tratamientos farmacológicos (Hunsley, 2003).

Las benzodiacepinas, por sí solas, parecen tener efecto sólo a corto plazo en los casos de TAG y no se deberían prescribir durante más de 2 a 4 semanas (Laakmann et al., 1998). Su uso no está recomendado en los casos de TP (Rubio & López-Ibor, 2007); sin embargo, en la p. 17 de esta GPC hay una tabla titulada “Benzodiacepinas para el Trastorno de Angustia (TA)”, en la que se recomienda la prescripción de estos fármacos (con una recomendación de tipo B, que implica un buen apoyo científico). En España se recetaron en el año 2007 la friolera de 43.527.860 millones de envases de tranquilizantes, con un gasto 113,48 millones de euros, según los datos de la receta médica oficial,



que sólo cubrió el 69,03% del consumo de medicamentos, por lo que calculamos que el consumo real ha podido superar los 63 millones de envases en dicho año, con un gasto cercano a los 165 millones de euros.

Hay algunas frases que pueden conducir a confusión. Por ejemplo, la frase “La TCC debe ser aplicada, como media, en unas 8-16 sesiones semanales de 1 a 2 horas” (p. 14) debería modificarse por “La TCC debe ser aplicada, como media, en unas 8-16 sesiones, una vez por semana, de 1 a 2 horas”, pues sino parece querer decir que se deben aplicar 8-16 sesiones cada semana.

Se debería constatar en la GPC que en el caso del TA, la TCC con y sin exposición es eficaz (McIntosh et al., 2004). Además, basándonos en algunos datos de la literatura científica (Salkovskis, Hackmann, Wells, Gelder, & Clark, 2007; Van Balkom et al., 1997), nos gustaría remarcar que la exposición en los casos de TP, es mucho más útil y eficaz después de varias sesiones de reestructuración cognitiva, por lo que se sugiere modificar la siguiente frase de la tabla “Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) para el Trastorno de Angustia (TA)” que dice (p. 14): “Se recomienda la aplicación de intervenciones cognitivo-conductuales en los centros de salud por profesionales entrenados, preferiblemente de manera individual, mediante exposición y reestructuración cognitiva”, por ésta otra:

“Se recomienda la aplicación de intervenciones cognitivo-conductuales en los centros de salud por profesionales entrenados, preferiblemente de manera individual, mediante reestructuración cognitiva y posteriormente, aunque no necesariamente, de exposición”.

Me gustaría saber en qué tipo de estudios se han basado los autores de esta guía para recomendar en la tabla “Técnicas psicológicas de aplicación en nuestro contexto de Atención Primaria para el Trastorno de Angustia (TA)” lo siguiente:

“Como técnicas psicológicas de posible aplicación en AP, para reducir la sintomatología ansiosa del TA, se recomiendan: técnicas de relajación, de exposición, de autocontrol, de entrenamiento en habilidades sociales, de autoinstrucciones, de entrenamiento en el manejo de la ansiedad, de distracción cognitiva y detención del pensamiento, de resolución de problemas, de reestructuración cognitiva y de terapia interpersonal”. No hay evidencia científica para estas afirmaciones, ni la experiencia clínica, ni siquiera la razón, camina en ese sentido tampoco. Pensamos que se debería especificar a qué se refieren con técnicas de autocontrol. Por otro lado, ¿de qué le sirve a una persona que sufre de TA un entrenamiento en habilidades sociales? No tiene ninguna lógica. La detención del pensamiento, aplicada por sí sola, tampoco ha sido demostrada como una técnica eficaz.

Si en el año 2003 el Consejo Interterritorial del SNS creó el proyecto Guía-Salud con el objeto final de mejorar la toma de decisiones clínicas basadas en la evidencia científica no tiene sentido incluir como tratamiento psicológico eficaz para el TAG y el TA las psicoterapias psicodinámicas. Insisto de nuevo en retirar de la GPC la terapia interpersonal y sustituirla por algo tan básico y fundamental como la psicoeducación en el tratamiento del TA. En nuestra opinión, se debería incluir información sobre lo que son los sesgos atencionales

(Schmidt, Lerew, & Trakowski, 1997) e interpretativos (e.g., Clark, 1986; Harvey, Richards, Dziadosz, & Swindell, 1993) y su papel a la hora de generar ataques de pánico (Williams, Watts, MacLeod, & Mathews, 1997), una explicación de lo que es la anticipación ansiosa, la catastrofización de los síntomas fisiológicos, la importancia de la distracción o la utilidad de la refocalización atencional, etc. Conceptos todos ellos básicos hoy en día en los modelos más recientes sobre estos trastornos.

La tabla “Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) en AP para la Crisis de Angustia” (p. 14), aunque las recomendaciones que hace se marcan como opiniones consensuadas por los autores, deberían basarse en los conocimientos científicos más actuales. Sólo se hacen recomendaciones conductuales cuando se ha demostrado, en multitud de estudios a lo largo de los últimos años, el papel tan importante que juegan los sesgos cognitivos (sesgos atencionales e interpretativos), la anticipación ansiosa, la catastrofización de los pensamientos y de las sensaciones

fisiológicas, así como las conductas de seguridad en los ataques de pánico. Estos modelos cognitivos tienen apoyo empírico y fueron formulados algunos de ellos hace más de veinte años; sin embargo, no se menciona nada de esto en la GPC. Existen libros, basados en la evidencia científica, como el *Mastery of your anxiety and panic: Therapist Guide* de **Barlow y Craske** (2007), que podrían haber sido útiles a los autores, pero que ni siquiera se mencionan en la GPC. Otro craso error de la GPC es dar por hecho que todos los pacientes con TA hiperventilan cuando realmente, una tercera parte de los mismos no presentan síntomas respiratorios en sus ataques de pánico (Goodwin, Hamilton, Milne, & Pine, 2002) y en otros estos síntomas no tienen gran relevancia.

En el año 1993, un grupo de expertos de la División 12 de la *American Psychological Association* (dedicada a la Psicología Clínica), se reunió para elaborar el Informe de la Comisión sobre la Promoción y Difusión de Procedimientos Psicológicos (*Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures*, 1993). Las personas que formaban este comité eran de diversa procedencia respecto a las escuelas psicológicas: psicodinámicas, interpersonales y cognitivo-conductuales. El objetivo no era otro que determinar la eficacia de los distintos tratamientos para los trastornos médicos y psicológicos para después elaborar guías de tratamiento o protocolos diseñados específicamente para los cuadros clínicos concretos (Chambless et al., 1996). Es, cuando menos, sorprendente que no se cite dicho informe en la GPC.

Según la *Task Force* (1993) de la APA, los únicos dos programas que cuentan con suficiente apoyo empírico

como para ser considerados tratamientos bien establecidos para el TP son el Tratamiento del Control del Pánico (TCP) desarrollado por **Barlow** (Barlow & Craske, 2007) y la Terapia Cognitiva para el TP de **Clark** (Clark, 1986). Sería interesante resumir cualquiera de los dos programas protocolizados (son muy parecidos) de forma que se especifique de modo esquemático los siguientes puntos: psicoeducación (explicación didáctica de una información esencial sobre: la naturaleza de la respuesta de lucha/huida; por qué las sensaciones que experimenta el paciente son normales e inofensivas; los efectos producidos por la hiperventilación; cómo el miedo o la percepción de amenaza provocan un aumento de las respuestas de ansiedad, etc.); reestructuración cognitiva (identificación y modificación de los pensamientos catastrofistas respecto de las sensaciones fisiológicas —en el caso del pánico— y las cogniciones que subyacen a la ansiedad); entrenamiento en autoinstrucciones (diálogo interno del paciente); entrenamiento en relajación (relajación muscular progresiva de los principales

músculos mediante ejercicios de tensión y relajación); exposición interoceptiva (se inducen sensaciones internas similares a las de un ataque de pánico con el objetivo de romper o debilitar la asociación entre las señales corporales específicas y las reacciones de pánico) y exposición gradual en vivo (afrentamiento gradual de las situaciones temidas, aquellas donde suelen ocurrir los ataques de pánico, con el objetivo de reducir el miedo), aunque no funciona en muchos casos porque no se generan verdaderas sensaciones de pánico; control de la respiración (para ayudar al paciente a relajarse y prevenir una posible hiperventilación); tareas para casa (experimentos conductuales, abandono de las “conductas de seguridad” para desconfirmar sus predicciones negativas, etc.).

En el mismo informe se constata que el tratamiento de elección para el TAG es la TCC (Butler, Fennell, Robson, & Gelder, 1991; Borkovec et al., 1987; Chambless & Gillis, 1993). Estos estudios tampoco se citan en la GPC.

Recomiendo la lectura de artículos como el de **Capafons** (2001), dentro de un número monográfico de la revista *Psicothema* sobre tratamientos eficaces, antes de afirmar frases como “Se recomienda la utilización de los antidepresivos como uno de los tratamientos farmacológicos de elección para el TAG” o “Cuando la respuesta a las dosis óptimas de uno de los ISRS es inadecuada o no son bien tolerados, debe cambiarse a otro ISRS. Si no hay ninguna mejoría después de 8-12 semanas, considerar la utilización de otro fármaco con diferente mecanismo de acción (ISRSN, ADT)” incluidas en la Tabla “Antidepresivos para el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)“.



Siendo los resultados equívocos en cuanto a la utilización de buspirona en casos de TAG (McIntosh et al., 2004), no estoy de acuerdo en recomendar su uso en el apartado de “Otros fármacos para el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG).” También se ha demostrado que los antipsicóticos no son eficaces en el tratamiento del TAG por lo que su recomendación debería ser eliminada de la misma tabla.

En la Tabla titulada “Antidepresivos para el Trastorno de Angustia (TA)”, según algunos autores, se debería añadir “únicamente a corto plazo” a la frase “*Se recomienda la utilización de los antidepresivos como uno de los tratamientos farmacológicos de elección para el TA*” (Craske et al., 2005).

Una de los mayores errores de esta GPC desde un punto de vista científico es recomendar el uso de hierbas medicinales. Permítasenos una pequeña reflexión sobre las hierbas medicinales de la mano de un ejemplo bien conocido, el *hypericum perforatum* o hierba de San Juan que se recomienda para el tratamiento de diferentes trastornos, especialmente para la depresión, y como es sabido contiene 127 principios activos. Por supuesto, no hay estudios científicos que analicen las interferencias que se pueden producir entre tal cantidad de sustancias entre sí y a su vez con los fármacos que consume el paciente. Pero sabemos que ha habido múltiples de casos de interacción fatal entre el consumo de esta hierba y los fármacos médicos, con resultado de muerte. ¿Por qué recomendar un antidepresivo tricíclico (el principio activo de la hierba de San Juan contra la depresión) si está unido a otros 126 principios activos, cuyo efecto no está bien estudiado, cuando disponemos de mejores antide-

presivos, más recientes (como los ISRS), que están aislados en una píldora (sin más principios activos), y cuyos efectos, principal y secundarios, sí se conocen. ¿Hierbas medicinales para el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) y el Trastorno de Angustia (TA)? ¿En qué estudio o información basada en la evidencia se apoyan los autores de la GPC para incluir la recomendación de valeriana, pasionaria, o ginkgo biloba y extracto de kava en esta guía? ¿Cómo se puede recomendar el extracto de kava, tras añadir que no es eficaz y que posee una alta hepatotoxicidad? (“no le va a curar su ansiedad, pero si quiere destrozarse el hígado...”). Creemos que todas estas recomendaciones deberían ser eliminadas.

Pensamos que se debería eliminar la afirmación “*se recomienda el tratamiento combinado de TCC y diazepam o la TCC por sí sola,...*” de la Tabla “Tratamiento combinado (TCC y medicación) para el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)” pues no está basado en la evidencia científica.

A pesar de que algunos autores sugieren la combinación de tratamiento farmacológico y psicológico frente a la monoterapia en los trastornos de ansiedad (Ohaeri, 2006) o que algunos defienden que se obtienen los mismos resultados combinando farmacoterapia y TCC que aplicando TCC únicamente (Furukawa, Watanabe, & Churchill, 2006), se debería eliminar la afirmación “*se recomienda la combinación de la TCC (técnicas de exposición y reestructuración cognitiva) y antidepresivos (tricíclicos e ISRS), de acuerdo a las preferencias del paciente*” de la Tabla “Tratamiento combinado (TCC y medicación) para el Trastorno de Angustia (TA)” de la pág. 18, puesto que existe fuerte evidencia en contra de ello, tanto para el TAG como para el TA (Black, 2006; Otto, Smits, & Reese, 2005; Pull, 2007), y todo ello sin mencionar el coste innecesario añadido.

Para conceder un mayor apoyo a esta sugerencia, me gustaría mencionar los resultados encontrados por Schmidt, Wollaway-Bickel, Trakowski, Santiago, & Vasey (2002), quienes, a pesar de no contar con un grupo control, evaluaron los efectos de la retirada de la medicación antidepresiva (como tratamiento del TA y no de un posible trastorno del estado de ánimo) durante la aplicación de 12 sesiones de TCC, de dos horas de duración cada una. Se asignaron aleatoriamente a 13 de los 22 sujetos a la condición de retirada de la medicación; el

resto continuó tomando las mismas dosis de antidepresivos hasta pasados los 6 meses de seguimiento. No se observaron efectos adversos en el primer grupo de pacientes, ni en el postratamiento ni a los 6 meses, ni siquiera diferencias significativas en cuanto al estado final de funcionamiento entre ambos grupos (75% y 80%, respectivamente). Todos estos datos concuerdan con los obtenidos por **Kenardy** et al. (2005), pues señalan que los efectos producidos por el TCC se mantienen tras un seguimiento de más de 6 años.

La literatura científica demuestra que la TCC confiere una gran ventaja frente a los tratamientos farmacológicos; es más eficaz y produce menos abandonos que los antidepresivos tricíclicos, los ISRS o las benzodiazepinas (Butler, Chapman, Forman, & Beck, 2006; Gould et al., 1995; Mitte, 2005b). No se ha podido demostrar la superioridad de ninguno de estos últimos frente al resto de fármacos (Mitte, 2005a). Sin embargo, sí se ha demostrado recientemente que el añadir 12 sesiones de TCC a un tratamiento farmacológico produce mejorías clínica y estadísticamente significativas, que de otro modo no se producirían a largo plazo (Craske et al., 2005).

Consideramos importante resaltar que a pesar de la mostrada superioridad de la TCC (Carter, Sbrocco, Kristie, Marin, & Lewis, 2003; Sharp, Power, Simpson, Swanson, & Anstee, 1997), es más probable que un paciente, sometido a un tratamiento combinado, atribuya las mejorías a los fármacos que al tratamiento psicológico aún cuando la literatura científica nos demuestra que los efectos beneficiosos de éstos son superiores a los de aquéllos (Brown & Barlow, 1995; Labrador, Echeburúa, & Becoña, 2000; Pérez-Alvarez y

Fernández-Hermida, 2001). Esta última información debería estar disponible para cualquier profesional que lea la GPC. Hay pacientes que llevan años tomando benzodiazepinas, sin que remitan sus ataques de pánico (Rubio y López-Ibor, 2007); sin embargo, cuando inician un tratamiento con TCC dichos ataques desaparecen y el nivel de ansiedad va disminuyendo a lo largo del tiempo, pero muchos de estos pacientes no pueden dejar de tomar sus tranquilizantes por temor a recaer (como si hubiera sido su tranquilizante quien le hubiera salvado de los terribles ataques de pánico, cuando durante años no fue así). Muchos de ellos tienen serios problemas para abandonar el consumo de estos fármacos, incluso con dosis subclínicas (un cuarto de pastilla de una dosis mínima), lo que indica que no se trata sólo de un fenómeno químico. Está claro que este temor es irracional y que sustenta otro trastorno mental, la dependencia de benzodiazepinas. Esta dependencia lógicamente está en la base de ese consumo abusivo de tranquilizantes que se da en nuestro país.

La siguiente afirmación de la página 24 de la GPC se aleja considerablemente de la realidad: *“De forma general los problemas de salud mental suelen ser atendidos inicialmente en las consultas de Atención Primaria, y en este nivel de atención se resuelve un importante número de las demandas generadas por estas patologías”* (Fernández et al., 2006). Estamos de acuerdo con la primera parte de la frase, sí que es verdad que los problemas de salud mental llegan en primer lugar a Atención Primaria (AP) y que un alto porcentaje de los pacientes de AP demandan tratamiento para sus trastornos mentales, especialmente trastornos de ansiedad y trastornos del estado de

ánimo (depresiones). Pero no estamos de acuerdo con la afirmación de que en ese nivel de atención se “resuelva” un importante número de demandas. Si el TA o TP se cura en unos meses, de acuerdo con la evidencia científica, ¿por qué hay un 1,7% de españoles con este trastorno y un 0,62% con agorafobia? (Haro et al., 2006). En las consultas de AP en España un 5,9% de varones y el 11,6% de las mujeres tiene un TA o TP (King et al., 2008). Además, muchos de ellos llevan años en tratamiento farmacológico. El seguimiento a largo plazo de los pacientes con TP tratados con fármacos indica una alta tasa de recaídas. En un estudio se encontró que el 61% presentaba al menos ataques de pánico ocasionales (Katschnig et al., 1995), mientras que en otro con un seguimiento a muy largo plazo se encontró que el 90% de los pacientes seguía consumiendo benzodiazepinas (Rubio y López-Ibor, 2007).

A pesar de la considerable incapacidad asociada a los trastornos de ansiedad y la disponibilidad de tratamientos eficaces, sólo unos pocos pacientes (entre el 15% y el 36%) con ansiedad son diagnosticados correctamente en los servicios de Atención Primaria (Kessler, Lloyd, Lewis, & Gray, 1999; Löwe et al., 2003).

Se debe revisar minuciosamente la información para el paciente incluida en el Anexo 4 de acuerdo con la información que se ha detallado hasta este punto. Quisiera resaltar que en la definición de crisis de angustia faltan síntomas como las parestesias o entumecimiento, molestias abdominales, la desrealización o despersonalización y los temblores. Es importante que los pacientes dispongan de la lista completa de 13 síntomas posibles de un ataque de pánico.

Por último, me gustaría saber por qué



no se ha consultado PsycINFO, la base de datos bibliográfica de la APA. Ésta contiene referencias y resúmenes de artículos de revista, libros, tesis doctorales e informes de Psicología y otras disciplinas relacionadas como la medicina, psiquiatría, sociología, educación y farmacología, entre otras. Se han consultado otras bases de datos mucho menos importantes. La psiquiatría y la medicina no pueden vivir de espaldas al trabajo de investigación que realizan los psicólogos. En otros países no sucede así. Los psicólogos españoles especialistas en trastornos de ansiedad consideramos a **Barlow** un maestro y es psiquiatra.

**3. Función del psicólogo y papel otorgado a los tratamientos psicológicos:** Resulta sorprendente que sólo se haya contado con la participación de un psicólogo clínico (y de un psicólogo de una asociación de ayuda a pacientes – que no es una sociedad de científicos– como revisor externo) para la elaboración de la GPC, cuando se ha demostra-

do que el tratamiento de elección tanto para el TAG como para el TP es la TCC (y no el tratamiento farmacológico).

**4. Algún otro comentario de interés:**

En nuestra opinión, la GPC necesita una urgente actualización y debe ser modificada en profundidad de modo que refleje, de forma fehaciente, los resultados encontrados en la literatura científica y la importancia y necesidad de aplicar, siempre en primer lugar, los tratamientos más eficaces y bien establecidos.

Es fundamental que quienes atienden a pacientes con trastornos de ansiedad como el TAG o TA, estén al día de los conocimientos científicos necesarios para hacer el diagnóstico correcto y aplicar el tratamiento más indicado. Si existen procedimientos terapéuticos de eficacia reconocida, como la TCC, no es admisible que se trate a quienes lo padecen con abordajes cuyos resultados son dudosos o no se mantienen a largo plazo.

**5. Valoración general:**

	MUY POBRE	POBRE	REGULAR	BUENO	MUY BUENO
Alcance y objetivos					X
Participación de todos los grupos implicados		X			
Contenido				X	
Rigor metodológico			X		
Claridad y presentación				X	
Incorporación de innovaciones científicas			X		
Grado de aplicabilidad de las recomendaciones			X		
Consideración del punto de vista del paciente			X		
Consideración de las necesidades psicológicas del paciente			X		
Grado de participación de profesionales de la Psicología en la elaboración de la guía	X				
Participación del psicólogo en la implementación de la guía		X			
Valoración Global de la GPC			X		

**SOBRE EL AUTOR**

**Antonio Cano Vindel** es Catedrático de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid (UCM), Presidente de la Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés (SEAS), Editor y Director de la revista científica *Ansiedad y Estrés*, Director del Grupo de Investigación *Cognición, Emoción y Salud* de la UCM, ha publicado más de cien trabajos científicos sobre ansiedad y temas relacionados.

**REFERENCIAS**

Barlow, D. H. (1997). Cognitive-behavioral therapy for panic disorder: current status. *J Clin Psychiatry*, 58 (Suppl 2), 32-36.

Barlow, D. H. & Craske, M. G. (2007). *Mastery of your anxiety and panic: Therapist Guide* (4<sup>th</sup> ed.). New York: Oxford University Press.

Barlow, D. H., Gorman, J. M., Shear, M. K., & Woods, S. W. (2000). Cognitive-behavioral therapy, imipramine, or their combination for panic disorder: A randomized controlled trial. *JAMA*, 283, 2529-2536.

Barrowclough, C., King, P., Colville, J., Russell, E., Burns, A., & Tarrier, N. (2001). A randomized trial of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and supportive counseling for anxiety symptoms in older adults. *J Consult Clin Psychol*, 69, 756-762.

Black, D. W. (2006). Efficacy of combined pharmacotherapy and psychotherapy versus monotherapy in the treatment of anxiety disorders. *CNS Spectrums*, 11(Suppl 12), 29-33.

Borkovec, T. D., Mathews, A. M., Chambers, A., Ebrahimi, S., Lytle, R., & Nelson, R. (1987). The effects of relaxation training with cognitive or nondirective therapy and the role of relaxation-induced anxiety in the treatment of generalized anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 883-888.

- Brown, T. A. & Barlow, D. H. (1995). Long-term outcome in cognitive-behavioral treatment of panic disorder: clinical predictors and alternative strategies for assessment. *J Consult Clin Psychol*, 63, 754-765.
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clin Psychol Rev*, 26, 17-31.
- Butler, G., Fennell, M., Robson, P., & Gelder, M. (1991). Comparison of behavior therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 167-175.
- Carter, M. M., Sbrocco, T. G., Kristie L., Marin, N. W., & Lewis, E. L. (2003). Cognitive-Behavioral Group Therapy Versus a Wait-List Control in the Treatment of African American Women With Panic Disorder. *Cogn Ther Res*, 27, 505-518.
- Clark, D. M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behav Res Ther*, 24, 461-470.
- Craske, M. G., Golinelli, D., Stein, M. B., Roy-Byrne, P., Bystritsky, A., & Sherbourne, C. (2005). Does the addition of cognitive behavioral therapy improve panic disorder treatment outcome relative to medication alone in the primary-care setting? *Psychol Med*, 35, 1645-1654.
- Durham, R. C., Murphy, T., Allan, T., Richard, K., Treiving, L. R., & Fenton, G. W. (1994). Cognitive therapy, analytic psychotherapy and anxiety management training for generalised anxiety disorder. *Br J Psychiatry*, 165, 315-323.
- Durham, R. C., Chambers, J. A., MacDonald, R. R., Power, K. G., & Major, K. (2003). Does cognitive-behavioural therapy influence the long-term outcome of generalized anxiety disorder? An 8-14 year follow-up of two clinical trials. *Psychol Med*, 33, 499-509.
- Fernández, A., Haro, J. M., Codony, M., Vilagut, G., Martínez-Alonso, M., Autonell, J., et al. (2006). Treatment adequacy of anxiety and depressive disorders: primary versus specialised care in Spain. *J Affect Disord*, 96, 9-20.
- Gould, R. A., Otto, M. W., & Pollack, M. H. (1995). A meta-analysis of treatment outcome for panic disorder. *Clinical Psychology Review*, 15, 819-844.
- Goodwin, R. D., Hamilton, S. P., Milne, B. J. & Pine, D. S. (2002). Generalizability and correlates of clinically derived panic subtypes in the population. *Depression and Anxiety*, 15, 69-74.
- Haro, J. M., Palacin, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., et al. (2006). [Prevalence of mental disorders and associated factors: results from the ES-EMeD-Spain study]. *Med Clin (Barc)*, 126, 445-451.
- Harvey, J. M., Richards, J. C., Dziadosz, T. & Swindell, A. (1993). Misinterpretation of ambiguous stimuli in panic disorder. *Cogn Ther Res*, 17, 235-248.
- Hofmann, S. G., & Smits, J. A. (2008). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *J Clin Psychiatry*, 69, 621-632.
- Hunsley, J. (2003). Cost effectiveness and medical cost-offset considerations in psychological service provision. *Canadian Psychology*, 44, 61-73.
- Katschnig, H., Ameringer, M., Stolk, J. M., Klerman, G. L., Ballenger, J. C., Briggs, A., et al. (1995). Long-term follow-up after a drug trial for panic disorder. *Br J Psychiatry*, 167, 487-494.
- Kenardy, J., Robinson, S., & Dob, R. (2005). Cognitive behaviour therapy for panic disorder: long-term follow-up. *Cogn Behav Ther*, 34, 75-78.
- Kessler, D., Lloyd, K., Lewis, G., & Gray, D.P. (1999). Cross sectional study of symptom attribution and recognition of depression and anxiety in primary care. *BMJ*, 318, 436-439.
- King, M., Nazareth, I., Levy, G., Walker, C., Morris, R., Weich, S., et al. (2008). Prevalence of common mental disorders in general practice attendees across Europe. *Br J Psychiatry*, 192, 362-367.
- Laakmann, G., Schule, C., Lorkowski, G., Baghai, T., Kuhn, K., & Ehrentauf, S. (1998). Buspirone and lorazepam in the treatment of generalized anxiety disorder in outpatients. *Psychopharmacology*, 136, 357-366.
- Labrador, F. J., Echeburúa, E. & Becoña, E. (2000). *Guía para la elección de tratamientos psicológicos. Hacia una nueva Psicología clínica*. Madrid: Dykinson.
- Ladouceur, R., Dugas, M. J., Freeston, M. H., Leger, E., Gagnon, F., & Thibodeau, N. (2000). Efficacy of a cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: evaluation in a controlled clinical trial. *J Consult Clin Psychol*, 68, 957-964.
- Löwe, B., Gräfe, K., Zipfel, S., Spitzer, R.L., Herrmann-Lingen, C., Witte, S., et al. (2003). Detecting panic disorder in medical and psychosomatic outpatients: comparative validation of the Hospital Anxiety and Depression Scale, the Patient Health Questionnaire, a screening question, and physicians' diagnosis. *J Psychosom Res*, 55, 515-519.
- Margraf, J., Barlow, D. H., Clark, D. M. & Telch, M. J. (1993). Psychological treatment of panic: Work in progress on outcome, active ingredients, and follow-up. *Behav Res Ther*, 31, 1-8.
- McIntosh, A., Cohen, A., Turnbull, N., Esmonde, L., Dennis, P., Eatock, J., et al. (2004). *Clinical Guidelines and Evidence Review for Panic Disorder and Generalised Anxiety Disorder*. University of Sheffield/London: National Collaborating Centre for Primary Care.
- Mitte, K. (2005a). A meta-analysis of the efficacy of psycho- and pharmacotherapy in panic disorder with and without agoraphobia. *J Affect Disord*, 88, 27-45.
- Mitte, K. (2005b). Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for generalized anxiety disorder: A comparison with pharmacotherapy. *Psychological Bulletin*, 131, 785-795.
- Nadiga, D. N., Hensley, P. L., & Uhlenhuth, E. H. (2003). Review of the long-term effectiveness of cognitive behavioral therapy compared to medications in panic disorder. *Depress Anxiety*, 17, 58-64.
- Ohaeri, J. U. (2006). The management of anxiety and depressive disorders: A review. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 4, 103-118.
- Öst, L. G., Thulin, U., & Ramnero, J. (2004). Cognitive behavior therapy vs exposure in vivo in the treatment of panic disorder with agoraphobia. *Behav Res Ther*, 42, 1105-1127.
- Öst, L. G. & Westling, B. E. (1995). Applied relaxation vs cognitive behavior therapy in the treatment of panic disorder. *Behav Res Ther*, 33, 145-158.
- Otto, M. W., Pollack, M. H., & Maki, K. M. (2000). Empirically supported treatments for panic disorder: Costs, benefits, and stepped care. *J Consult Clin Psychol*, 68, 556-563.
- Otto, M. W., Smits, J.A.J., & Reese, H.E. (2004). Cognitive-behavioral therapy for the treatment of anxiety disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65(Suppl5), 34-41.
- Otto, M. W., Smits, J. A. J., & Reese, H. E. (2005). Combined psychotherapy and pharmacotherapy for mood and anxiety disorders in adults: Review and analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12, 72-86.
- Pérez-Álvarez, M., & Fernández-Hermida, J. R. (2001). El grano y la criba de los tratamientos psicológicos. / Finding the kernel: Psychological treatments through the sieve. *Psicothema*, 13, 523-529.
- Pull, C. B. (2007). Combined pharmacotherapy and cognitive-behavioural therapy for anxiety disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 20, 30-35.
- Rubio, G. & Lopez-Ibor, J. J., Jr. (2007). What can be learnt from the natural history of anxiety disorders? *Eur Psychiatry*, 22, 80-86.
- Salkovskis, P. M., Hackmann, A., Wells, A., Gelder, M. G., & Clark, D. M. (2007). Belief disconfirmation versus habituation approaches to situational exposure in panic disorder with agoraphobia: A pilot study. *Beh Res Ther*, 45, 877-885.
- Schmidt, N.B., Lerew, D. R. & Trakowski, J. H. (1997). Body vigilance in panic disorder: Evaluating attention to bodily perturbations. *J Consult Clin Psychol*, 65, 214-220.
- Schmidt, N. B., Woolaway-Bickel, K., Trakowski, J., Santiago, H., Storey, J., Koselka, M., et al. (2000). Dismantling cognitive-behavioral treatment for panic disorder: questioning the utility of breathing retraining. *J Consult Clin Psychol*, 68, 417-424.
- Schmidt, N. B., Wollaway-Bickel, K., Trakowski, J. H., Santiago, H. T., & Vasey, M. (2002). Antidepressant discontinuation in the context of cognitive behavioral treatment for panic disorder. *Behav Res Ther*, 40, 67-73.
- Sharp, D. M., Power, K. G., Simpson, R. J., Swanson, V., & Anstee, J. A. (1997). Global measures of outcome in a controlled comparison of pharmacological and psychological treatment of panic disorder and agoraphobia in primary care. *Br J Gen Pract*, 47, 150-155.
- Stanley, M. A., & Beck, J. G. (2000). Anxiety disorders. *Clinical Psychology Review. Special Issue: Assessment and treatment of older adults*, 20, 731-754.
- Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures (1993). *A report adapted by the APA Division 12 Board*. Washington: APA, 1-17.
- Telch, M.J., Lucas, J.A., Schmidt, N.B., Hanna, H., LaNae, T., & Lucas, R.A. (1993) Group cognitive-behavioral treatment of panic disorder. *Behav Res Ther*, 31, 279-287.
- Van Balkom, A. J., Bakker, A., Spinhoven, P., Blaauw, B. M., Smeenk, S., & Ruesink, B. (1997). A meta-analysis of the treatment of panic disorder with or without agoraphobia: a comparison of psychopharmacological, cognitive-behavioral, and combination treatments. *J Nerv Ment Dis*, 185, 510-516.
- Williams, J. M. G., Watts, F. N., MacLeod, C. & Mathews, A. (1997). *Cognitive psychology and emotional disorders (2nd ed.)*. Chichester, England: Wiley.
- Yates, W. R. (2005). Review of Generalized Anxiety Disorder-Advances in Research and Practice. *Annals of Clinical Psychiatry*, 17, 103-104.