

Versión para impresión "http://www.infocop.es/view_article.asp?id=3875&cat=38"

Título: "NO EXISTE APOYO CIENTÍFICO PARA EL TRATAMIENTO DE LOS PROBLEMAS DE ANSIEDAD CON TRANQUILIZANTES" – ENTREVISTA A ANTONIO CANO VINDEL

Imprimir

"NO EXISTE APOYO CIENTÍFICO PARA EL TRATAMIENTO DE LOS PROBLEMAS DE ANSIEDAD CON TRANQUILIZANTES" – ENTREVISTA A ANTONIO CANO VINDEL

// fecha de publicación 05/03/2012 6:32:00

[Enviar](#) [Imprimir](#)[Recomendar](#) 48[Twitter](#) 0

La situación actual de crisis económica ha agravado notablemente la prevalencia de los problemas de ansiedad y depresión en la población y se estima que en el año 2020 serán la primera causa de discapacidad en el mundo. La necesidad de dar una respuesta eficaz a esta creciente demanda desde el sistema sanitario público se ha convertido en una de las tareas pendientes de nuestro país.

Para explicarnos el estado actual de la cuestión y las implicaciones del abordaje farmacológico y psicológico de estos problemas, *Infocop Online* ha entrevistado a **Antonio Cano Vindel**, catedrático de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid (UCM) y Presidente de la *Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés* (SEAS).



Antonio Cano Vindel

ENTREVISTA

Tal y como recogen diversos medios estos días, los problemas de ansiedad y depresión constituyen uno de los principales motivos de consulta en Atención Primaria. Como experto en el área, ¿cuál es el tratamiento de primera elección que recomiendan las guías clínicas basadas en la evidencia científica para estos problemas?

Efectivamente estos desórdenes emocionales son los trastornos mentales con mayor prevalencia en la población y son muy frecuentes en las consultas de Atención Primaria (AP). En España, con entrevista diagnóstica clínica, el 18,5% de los pacientes de AP presenta algún trastorno de ansiedad y el 13,4% un trastorno depresivo; mientras que si se utiliza una prueba de cribado basada en el método de autoinforme, estas cifras alcanzan el 25,6% y el 35,8%, respectivamente.

Como es sabido un elevado porcentaje de los pacientes con trastornos de ansiedad y del estado de ánimo no recibe tratamiento alguno y para los casos tratados, la gran mayoría sigue tratamiento farmacológico, con el que sólo uno de cada tres recibe un tratamiento mínimamente adecuado a la evidencia científica. Así, en nuestro país para los trastornos de ansiedad **sólo el 0,9% de los pacientes** con alguno de estos trastornos **recibe tratamiento psicológico** (que es el que goza de mayor evidencia para estos desórdenes), un 27,1% tratamiento psicológico y farmacológico, mientras que un 33% recibe tratamiento exclusivamente farmacológico y el 39% no recibe ningún tratamiento.

El primer problema que vemos es el elevado número de casos no tratados, muchas veces por falta de información del paciente (que puede no demandar tratamiento porque no sabe qué le

pasa), así como por la falta de reconocimiento del trastorno por parte del médico de AP, cuando el paciente acude a este servicio. Así, el porcentaje de personas con depresión correctamente diagnosticadas en AP alcanza tan sólo el 22% y únicamente un cuarto de los casos diagnosticados como depresivos son "casos reales". Véase Cano-Vindel, Salguero, Wood, Dongil y Latorre (2012).

El segundo problema es que **un 16% de la población consume psicofármacos en el último año**. En muchos casos el **consumo se vuelve crónico** e incluso se genera una **dependencia** sin que el o los trastornos de ansiedad y/o depresión hayan remitido, a pesar de los psicofármacos, a pesar del tratamiento biológico. El caso más claro es el consumo de tranquilizantes para el tratamiento de los trastornos de ansiedad. El 11,4% de la población española ha consumido este tipo de fármacos en el último año, a pesar del escaso apoyo empírico a favor del tratamiento de los trastornos de ansiedad con este tipo de fármacos. Véase Cano-Vindel, Dongil-Collado y Wood (2011) para una actualización sobre el tratamiento de los trastornos de ansiedad.

De acuerdo con la evidencia científica, la etiología de los trastornos de salud mental comunes (trastornos de ansiedad y trastornos del estado de ánimo) es multifactorial e implica factores psicológicos, sociales y biológicos. **Si el origen no es exclusivamente biológico, ¿por qué el tratamiento debería serlo?** Muchos de estos trastornos mentales comunes tienen etiologías similares e incluso desde hace más de una década el enfoque transdiagnóstico considera que el tratamiento de los mismos puede abordarse en grupo, sin diferenciar categorías diagnósticas entre ellos, debido a la gran comunalidad de técnicas y principios existente en el abordaje de los mismos. **Las técnicas más eficaces** para el tratamiento de todos estos desórdenes se basan en el entrenamiento, en el aprendizaje, con **técnicas cognitivo-conductuales** dirigidas a revertir el aprendizaje inicial que está en la base de la psicopatología. La mayoría de las personas desarrollan estos trastornos en la infancia o en los inicios de la edad adulta, aunque pueden verse afectadas en cualquier momento de la vida. Por lo tanto, cabe pensar que si se llevara a cabo una **intervención temprana** con técnicas eficaces se reduciría enormemente el problema de las consecuencias negativas (disfunción, gasto, pérdida de calidad de vida, etc.). Véase Cano-Vindel (2011a).

¿Por qué sabemos que el tratamiento de primera elección para estos trastornos consiste en el entrenamiento con técnicas cognitivo-conductuales y no las farmacológicas? Para estar seguros es necesario revisar sistemáticamente las publicaciones científicas. Es decir, principalmente revistas de calidad que utilicen el sistema de revisión de artículos originales por expertos anónimos. La **revisión sistemática** implica seguir un orden predefinido, lógico y explícito. Las revistas de calidad apenas publican revisiones descriptivas (no sistemáticas) porque generalmente tienen importantes sesgos de selección de los materiales publicados y no utilizan criterios de calidad metodológica para asignar más o menos relevancia a las conclusiones de los estudios. Para ahorrar a los profesionales el trabajo de revisar las principales bases de datos de calidad (que seleccionan a las mejores revistas), siguiendo un método sistemático, analizar críticamente el valor de cada investigación según su rigor metodológico, y resumir el estado de conocimientos sobre la eficacia y eficiencia (mejor relación coste-eficacia) de las técnicas, existen las **Guías de la Práctica Clínica**, que hacen toda esta labor reuniendo a un grupo de expertos. No todas las guías tienen la misma calidad, pero nadie duda de las elaboradas por el **NICE** (*National Institute for Health and Clinical Excellence*) del Reino Unido.



¿Qué dice la guía NICE sobre *Common mental health disorders* (NICE, 2011a) acerca del tratamiento de elección para los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo? De manera resumida, esta Guía de los Trastornos Mentales Comunes dice explícitamente, por ejemplo, que las técnicas cognitivo-conductuales son el tratamiento de elección para el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno de pánico, que **no existe apenas apoyo para el tratamiento de los desórdenes de ansiedad con tranquilizantes** (benzodiazepinas, el tipo de psicofármaco más consumido), que no es verdad que el trastorno de pánico evolucione mejor si al tratamiento psicológico se añade tratamiento farmacológico, o que no se recomienda el tratamiento farmacológico para la gran mayoría de los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, los casos leves y moderados.

Por lo tanto, para la gran mayoría de los casos de trastornos de ansiedad y del estado de ánimo se debería **comenzar por el tratamiento psicológico cognitivo-conductual**. En los casos de depresión severa, esta Guía recomienda ofrecer al paciente ambos tratamientos psicológico y farmacológico antidepressivo. En los trastornos de ansiedad más severos o crónicos, en los que falla el tratamiento psicológico, se recomienda ofrecer la posibilidad de añadir un tratamiento farmacológico antidepressivo con ISRS (inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina), pero no tranquilizantes.

¿Podría explicarnos, brevemente, qué características debe tener el tratamiento cognitivo-conductual aplicado a estos trastornos (duración del tratamiento, componentes de las sesiones...), según se recomienda en estas guías?

Además, de la Guía que ya hemos comentado (sobre trastornos mentales comunes), existen guías NICE específicas para cada trastorno (depresión, pánico, ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés posttraumático). Todas estas guías pueden ser consultadas en Internet <http://guidance.nice.org.uk>. Existen versiones para pacientes y público, así como para personal sanitario.

El modelo de intervención adoptado se denomina "stepped care" (atención escalonada o intensificada) y recomienda una atención específica en cada una de las diferentes etapas del proceso que sigue el paciente. Cada nuevo paso representa una mayor complejidad o intensidad de la intervención, asumiendo mayores medidas (tratamiento de mayor intensidad, pero que puede ser más costoso en tiempo u otros recursos) que en los pasos anteriores. El objetivo es satisfacer las necesidades de las personas con problemas de salud mental mediante los servicios más adecuados, dependiendo de las características de su enfermedad y sus circunstancias personales y sociales.

Un tratamiento más intensivo se ofrece cuando la terapia cognitivo-conductual de baja intensidad inicial recibida en formato grupal (i.e., autoayuda, grupos psicoeducativos) no es suficiente, proporcionando a los pacientes oportunidades adicionales para alcanzar el resultado deseado.

Por ejemplo, para **el tratamiento de la ansiedad generalizada** (NICE, 2011b) los pasos escalonados en los que se puede incluir a un paciente serían: (1) reconocimiento y diagnóstico; (2) tratamiento en AP; (3) examen y consideración de tratamientos de mayor intensidad; (4) revisión y remisión a servicios especializados de salud mental; y (5) cuidado de servicios especializados de salud mental.

En el **paso 1**, reconocimiento y diagnóstico de un determinado trastorno, existen pruebas de cribado como el PHQ-2 (*Patient Health Questionnaire*) para depresión o el GAD-2 (*Generalized Anxiety Disorder*) para ansiedad, en las que se hacen dos preguntas clave, como se indica a continuación. *En los últimos 14 días, ¿con qué frecuencia le han supuesto una molestia los siguientes problemas?* (Marque un número "✓" para indicar su respuesta: 0, nunca; 1, varios días; 2, más de la mitad de los días; y 3, casi todos los días): (1) tener poco interés o alegría por

hacer cosas; y (2) sentirse decaído, deprimido o sin esperanza. Si responde al menos una de las dos, se continúa profundizando en el reconocimiento y diagnóstico. De manera análoga, para la ansiedad las preguntas son: (1) sentirse nervioso, angustiado, o muy tenso; (2) ser incapaz de controlar las preocupaciones. Si se sospecha un posible cuadro depresivo se profundiza en la evaluación (PHQ-9), o en el caso de ansiedad generalizada con el GAD-7.

Si existen pocos síntomas del trastorno, hace poco tiempo que han aparecido los síntomas, no hay comorbilidad, etc. (caso subclínico), se decide suministrar en este paso 1 simplemente una intervención de baja intensidad, que consiste en facilitar información y autoregistros (entrenamiento psicoeducativo).

Para llegar al **paso 2**, en el caso de ansiedad generalizada, los factores que favorecen el tratamiento activo inicial con las intervenciones psicológicas de baja intensidad, incluyendo la prescripción del médico de autoayuda son: (1) cumplir los criterios diagnósticos de TAG (trastorno de ansiedad generalizada); (2) deterioro de y/o angustia clínicamente significativos en situaciones sociales, laborales u otras áreas importantes de funcionamiento; (3) trastorno de ansiedad o ánimo de comórbidos; (4) el individuo desea proseguir tratamiento activo para TAG.

En este paso 2 se puede ofrecer o derivar a una de las siguientes intervenciones de baja intensidad: (1) autoayuda no facilitada individual (información escrita o electrónica y ejercicios sobre técnicas cognitivo-conductuales durante al menos 6 semanas, con poca intervención del terapeuta); (2) autoayuda individual facilitada (similar al anterior, pero con una mayor intervención de algún terapeuta entrenado, con una duración de 5-7 semanas); y (3) grupo psicoeducativo de autoayuda (de unos 12 participantes guiados activamente por el terapeuta y que incluye presentaciones, charlas interactivas y manuales de autoayuda, con una duración de 6 semanas, durante 2 horas, con periodicidad semanal, y supervisión de alta calidad con índices de progreso).

Los factores que favorecen el tratamiento en el siguiente paso, con una intervención psicológica de alta intensidad o una intervención farmacológica (**paso 3**) son: (1) marcado deterioro funcional; (2) menos marcado, pero clínicamente significativo, deterioro funcional o malestar y respuesta inadecuada a una intervención en el paso 2; y (3) historia de trastornos de ansiedad o del estado de ánimo.

En el paso 3, ofrecer o derivar a uno de los siguientes tratamientos: (1) terapia cognitivo-conductual; (2) relajación aplicada; o (3) si la persona lo prefiere, tratamiento farmacológico (suministrando información verbal y por escrito de los efectos principales y secundarios de la medicación).

El **tratamiento cognitivo-conductual para el TAG** debería tener en cuenta: (1) basarse en los **manuales de tratamiento** utilizados en los ensayos clínicos de terapia cognitivo-conductual que han demostrado su eficacia para el TAG; (2) debería estar administrado por **profesionales capacitados y competentes**; (3) suele durar de **12-15 sesiones semanales** (salvo que la persona se recupere antes; más sesiones si son clínicamente necesarias), cada sesión tiene una duración de **1 hora**. Véase Cano-Vindel, Dongil Collado, Salguero y Wood (2011) para una actualización de la intervención psicológica en los trastornos de ansiedad.

La **relajación aplicada para personas con TAG debería**: (1) basarse en los manuales de tratamiento utilizados en los ensayos clínicos de relajación aplicada para TAG; (2) ser aplicada por profesionales capacitados y competentes; (3) suelen ser de 12-15 sesiones semanales (menos si la persona se recupera antes; más si son clínicamente necesarias), con una duración de 1 hora.

Ambas intervenciones psicológicas deberían ser **supervisadas**, para comprobar que siguen las indicaciones del manual y también deberán utilizar sistemas de evaluación para valorar el progreso.

Si una persona prefiere el tratamiento farmacológico para su TAG, la Guía recomienda ofrecer un antidepresivo ISRS (en lugar de tranquilizantes), comenzando por la sertralina porque es el tratamiento más coste-efectivo.

En el **paso 4**, se le derivaría a Salud Mental si no es suficiente el tratamiento aplicado en AP. Véanse los siguientes pasos de la Guía (NICE, 2011b).

Actualmente, los Colegios Oficiales de Psicólogos de Madrid, Valencia, Castilla-La Mancha y Melilla, coordinados por **Psicofundación**, están poniendo en marcha un proyecto piloto de aplicación de los tratamientos psicológicos cognitivo-conductuales basados en la evidencia a los pacientes con desórdenes emocionales, o trastornos mentales comunes, que acuden a su consulta de AP (Cano-Vindel, no publicado). Se irá ofreciendo información sobre este **ensayo clínico** controlado en la Web www.desordenesemocionales.es.

A su modo de ver, ¿qué ventajas adicionales aporta el tratamiento psicológico frente al farmacológico?

En nuestra vida cotidiana, al estar sometidos a situaciones estresantes, con una alta demanda que no siempre podemos atender por falta de recursos (tiempo, energía, información, habilidades, etc.), tendemos a activarnos (mente, cuerpo y conducta). En muchas situaciones altamente emocionales, como son los eventos traumáticos (asalto, violación, catástrofes naturales, atentados, etc.), o los momentos en los que se desata una reacción de pánico (reacción súbita e inexplicada de intensa ansiedad, con pérdida de control percibido, etc.), o periodos largos de alta emocionalidad negativa mantenida durante mucho tiempo, suelen aparecer también evidentes síntomas de **activación fisiológica** (aumento de la tasa cardiaca, respiratoria, de la tensión muscular, etc.), **cognitiva** (atención centrada en posibles amenazas, pérdidas, daños, etc.) y **conductual** (comportamiento más inquieto, rápido, etc.). La gran mayoría de las veces estos síntomas no tienen más trascendencia que el malestar psicológico y físico que suelen acarrear, remitiendo cuando cesan los estímulos que los provocan. Hasta ahí, todo es normal. Pero en algunas ocasiones, se puede iniciar un proceso en el cuál el individuo que sufre esta activación se ve desbordado, pierde el control, e inicia un progresivo aprendizaje que consiste en magnificar sus problemas y prestarles más atención, lo que incrementa a su vez de nuevo su activación, su preocupación y su desorganización. Comienza así a experimentar un progresivo aumento de alteraciones emocionales que parecen dibujar una **espiral creciente de síntomas físicos y psicológicos, junto con conductas desadaptadas**. Todo este proceso suele conducir a trastornos mentales comunes y somatizaciones.

Si este proceso de aprendizaje patológico se revierte (Cano-Vindel, 2011a), las consecuencias negativas (progresivo aumento de síntomas y desórdenes) dejarán de aumentar y comenzarán a disminuir. Es posible iniciar la inversión de este proceso patológico suministrando **información** (autoayuda, entrenamiento psicoeducativo y otras intervenciones psicológicas de baja intensidad) acerca de las emociones, el estrés, los síntomas emocionales normales que suelen ser adaptativos, los sesgos cognitivos de atención e interpretación que pueden incrementar estos síntomas, etc. Si se refuerza la inversión del proceso patológico entrenando al individuo en **técnicas cognitivo-conductuales** de mayor intensidad, como el entrenamiento en habilidades de interpretación y manejo de la información (**reestructuración cognitiva**), entrenamiento en **relajación** (muscular, respiratoria e imaginación) y entrenamiento en las **habilidades conductuales** necesarias para el afrontamiento de situaciones emocionales o situaciones problema (exposición, entrenamiento en habilidades conductuales, etc.), entonces disminuirán aún más los síntomas y consecuencias negativas que se estaban desarrollando. Además, estos logros se mantendrán después de concluido el tratamiento.

Si en lugar de utilizar este tratamiento psicológico se recurre a los psicofármacos, sin ni siquiera añadir información, el resultado será el panorama que presenta hoy la AP de nuestro país respecto a los trastornos mentales comunes (Cano-Vindel, 2011b; Cano-Vindel, Wood, Dongil y Latorre, 2011): los síntomas sólo remiten temporalmente, **el paciente no aprende a manejarlos, no sabe qué le pasa, sufre efectos secundarios no deseados, abandona el tratamiento, cronifica su trastorno, desarrolla nuevos desórdenes comórbidos** con el inicial, etc. A su vez, el sistema sanitario derrocha recursos en forma de aumento de la **hiperfrecuentación** a las consultas de AP por parte de estos pacientes (19,1 veces superior a la de personas sin síntomas emocionales), **pruebas diagnósticas** de todo tipo en diferentes especialidades médicas (donde sólo se encuentran síntomas asociados a factores psicosociales, pero no biológicos), **consumo abusivo de psicofármacos** (4,2 veces superior al de Bélgica o 2,3 veces superior al de Holanda), **alta tasa de abandonos y recaídas** (la tasa de abandono del tratamiento en AP es muy alta después de la 3 primeras visitas), **aumento de la discapacidad** (que es superior a la de las enfermedades físicas y que acarrea mayor gasto en forma de bajas laborales, incapacidad laboral transitoria, pensiones por discapacidad, jubilaciones anticipadas, etc.), o **disminución de calidad de vida**.

Sin embargo, el consumo de psicofármacos de tipo ansiolítico y antidepresivo, con receta oficial, no ha parado de aumentar desde que se tienen registros. En 2010, según la Dirección General de Farmacia (DGF), alcanzó los 76,9 millones de envases y 794,36 millones de euros. Esto supone un consumo de 188,2 € /consumidor (con 6,1 millones de consumidores). **El gasto en estos psicofármacos se ha venido duplicando cada pocos años** (e.g. en el periodo 1997-2001) y continúa habiendo un consumo excesivo de tranquilizantes (47,6 millones de envases en 2010, con una población adulta de unos 38 millones), a pesar de las recomendaciones en contra.



Específicamente, ¿cuál es la eficacia del tratamiento farmacológico para los cuadros ansiosos y depresivos? ¿Qué implicaciones tiene este tipo de intervención para los pacientes: efectos secundarios, etc.?

Como indica la Guía NICE (2011a) el tratamiento farmacológico con antidepresivos puede ser ofrecido en combinación con tratamiento psicológico a pacientes con trastorno depresivo grave. También este tipo de psicofármacos pueden ser eficaces para apoyar el tratamiento de algunos trastornos de ansiedad (trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno por estrés postraumático) cuando no hay una buena respuesta al tratamiento psicológico. Para reducir la alta tasa de abandono que presentan los antidepresivos (ISRS) **deben explicarse** los efectos secundarios no deseados que producen generalmente en las dos o tres primeras semanas, así como el **escaso efecto terapéutico** que se producirá en este periodo. Pero se debe también insistir en que a medio plazo (e.g. 6 – 12 meses) puede ser un tratamiento eficaz para los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, que compensará otros efectos no deseados, como la pérdida de deseo sexual o riesgos a largo plazo.

En cambio, **los tranquilizantes (benzodiazepinas), tienen efectos secundarios bastante adversos** para: (1) la **funcionalidad** (problemas de memoria, falta de concentración, hipersomnolencia diurna, embarazos –riesgos para el feto-, o esperanza de vida); (2) aumento del número de **accidentes** (automóvil, trabajo, caídas en personas mayores –roturas de cadera); (3) el problema de la **adicción** a benzodiazepinas (e.g. dependencia de tranquilizantes en un 28% de los pacientes en algunos centros de AP de Asturias), especialmente el síndrome de abstinencia si se abandona el tratamiento; (4) **ineficacia terapéutica** (décadas de consumo sin curación). Por ello, los pacientes que actualmente están consumiendo estos fármacos tranquilizantes de manera crónica deberían iniciar un tratamiento adecuado para resolver sus problemas emocionales, sin sufrir estos efectos.

La tasa de abandono del tratamiento prescrito por el médico de AP para los pacientes con trastornos mentales es alta (20,3%). La adherencia en el caso de los antidepresivos es muy baja (el 56% abandona el tratamiento en los 4 primeros meses) y un buen cumplimiento se da sólo en el 22% de los casos. A pesar de que los fármacos son el tratamiento habitual universal y gratuito tanto de los trastornos emocionales como demás trastornos mentales, sólo el 32,6% de los españoles con un diagnóstico de trastorno mental en los últimos 12 meses consume psicofármacos, mientras que la gran mayoría no recibe tratamiento. El 8,1% de los pacientes termina recurriendo a tratamientos alternativos no eficaces (tratamientos con hierbas naturales, acupuntura, curandería, videncia, etc.) y el 3,1% a consejeros religiosos.

Recientemente, en el marco de un congreso nacional sobre ansiedad y trastornos comórbidos, profesionales de la medicina han señalado que la terapia psicológica es un artículo de lujo y que no parece que nuestro modelo sanitario siga el camino de incorporar, como recomiendan los organismos internacionales, más psicólogos en el sistema sanitario, por lo que han manifestado su inclinación a tratar estos problemas con unos fármacos de reciente aparición (denominados "duales"), otros nuevos antidepresivos e, incluso, anticonvulsivos. ¿Qué opinión le merece esta postura?

La terapia psicológica no es un artículo de lujo, sino que por el contrario la evidencia

científica señala que los tratamientos psicológicos con técnicas cognitivo-conductuales son más eficaces y eficientes que el tratamiento que se aplica habitualmente en nuestro sistema sanitario. Véanse, por ejemplo, las recomendaciones de las Guías NICE que hemos comentado anteriormente, que están suponiendo **un importante ahorro al sistema sanitario y social** británico. Quién recomiende otros tratamientos nuevos tendrá que demostrar por qué lo hace, probando previamente, no sólo que son más eficaces, sino que son más eficientes. **Si no existe evidencia a favor de los fármacos anticonvulsivos, por ejemplo, no entiendo el porqué de su recomendación.**

Para finalizar, ¿le gustaría añadir algún otro comentario al tema que nos ocupa?

Sí, me gustaría añadir que este tema aquí presentado no es un tema ideológico, ni corporativo, sino que ha de regirse por criterios de eficacia y eficiencia.

Referencias:

Cano-Vindel, A. (no publicado). Proyecto piloto para tratar los desórdenes emocionales en Atención Primaria con técnicas psicológicas basadas en la evidencia: un ensayo controlado aleatorizado [A pilot study to treat emotional disorders in primary care with evidence-based psychological techniques: A randomized controlled trial].

Cano-Vindel, A. (2011a). Bases teóricas y apoyo empírico de la intervención psicológica sobre los desórdenes emocionales en Atención Primaria. Una actualización. *Ansiedad y Estrés*, 17, 157-184.

Cano-Vindel, A. (2011b). Los desórdenes emocionales en Atención Primaria. *Ansiedad y Estrés*, 17, 73-95.

Cano-Vindel, A., Dongil-Collado, E., Salguero, J. M., & Wood, C. M. (2011). Intervención cognitivo-conductual en los trastornos de ansiedad: una actualización. *Informació Psicològica*, 102, 4-27.

Cano-Vindel, A., Dongil-Collado, E., & Wood, C. (2011). Fármacos antiestrés. *Boletín de la SEAS*, 35, 7-24. Recuperado, el 22 de diciembre de 2011 de <http://www.ansiedadyestres.org/boletin-2035-oct-2011>.

Cano-Vindel, A., Salguero, J. M., Wood, C. M., Dongil, E., & Latorre, J. M. (2012). La depresión en Atención Primaria: prevalencia, diagnóstico y tratamiento. *Papeles del Psicólogo*, 33, 2-11.

Cano-Vindel, A., Wood, C. M., Dongil, E., & Latorre, J. M. (2011). El trastorno de pánico en Atención Primaria. *Papeles del Psicólogo*, 32, 265-273.

NICE (2011a). Common mental health disorders: identification and pathways to care. Retrieved, July 22, 2011, from <http://guidance.nice.org.uk/CG123>.

NICE (2011b). Generalised anxiety disorder and panic disorder (with or without agoraphobia) in adults. Management in primary, secondary and community care. Retrieved, March 7, 2011, from <http://guidance.nice.org.uk/CG113>.

Artículos Relacionados

- [DESTRUYENDO LOS MITOS SOBRE LOS DIAGNÓSTICOS Y LOS PSICOFÁRMACOS EN SALUD MENTAL](#)
- [LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL ES MÁS EFICAZ Y EFICIENTE QUE LOS FÁRMACOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN](#)
- [LA TENDENCIA A RECETAR FÁRMACOS PARA LOS PROBLEMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN CUESTIONA GRAVEMENTE LA CALIDAD ASISTENCIAL QUE SE PRESTA EN NUESTRO SISTEMA SANITARIO](#)
- [IRVING KIRSCH Y LA CAÍDA DEL MITO DE LOS ANTIDEPRESIVOS](#)
- [DANIEL CARLAT Y LA ALIANZA ENTRE LA PSIQUIATRÍA Y LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA](#)
- [ROBERT WHITAKER Y LOS EFECTOS NOCIVOS DE LOS PSICOFÁRMACOS](#)
- [EL NICE PUBLICA NUEVAS RECOMENDACIONES SOBRE EL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA](#)
- [LOS BENEFICIOS DE LOS TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS, ¿QUÉ DICEN LOS EXPERTOS?](#)
- ["EL AVANCE MÁS IMPORTANTE PARA EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD" EN EL REINO UNIDO](#)