



ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA
"CASA DE SALUD VALDECILLA"

PAPEL DE LA ENFERMERA EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA (TAG).

**ROLE OF NURSE IN THE TREATMENT OF PATIENTS
WITH GENERALIZED ANXIETY DISORDER (GAD).**

Autora: Cristina Castanedo Bolado

Directora: Elsa María Valdizan Ruiz

Título a optar: Grado de Enfermería

Trabajo Fin de Grado

Departamento de Enfermería

Universidad de Cantabria

Septiembre 2015

ÍNDICE

RESUMEN/ABSTRACT	3
INTRODUCCIÓN	4
CAPÍTULO 1. TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	6
1.1. DEFINICIÓN	6
1.2. EPIDEMIOLOGÍA	7
1.3. ETIOLOGÍA	7
1.4. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	8
1.5. COMORBILIDAD	8
CAPITULO 2. FORMAS TERAPÉUTICAS DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	8
2.1. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	8
2.1.1. Ansiolíticos	9
2.1.2. Antidepresivos	12
2.2. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO	15
2.2.1. Modelos explicativos de la Terapia Cognitivo-Conductual	15
2.3. EFICACIA DE LAS FORMAS TERAPÉUTICAS	16
CAPITULO 3. ADHERENCIA TERAPÉUTICA	17
3.1. DEFINICIÓN	17
3.2. CAUSAS DE LA NO-ADHERENCIA	17
3.3. SITUACIÓN ACTUAL	17
CAPITULO 4. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	18
REFLEXIÓN PERSONAL	19
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	20
ANEXOS	23

RESUMEN

El objetivo de esta monografía es profundizar en las formas terapéuticas eficaces e intervenciones enfermeras adecuadas para el trastorno de ansiedad generalizada (TAG), una enfermedad mental crónica que produce una ansiedad y preocupación excesiva en las personas que la padecen. En los últimos años y a causa de la situación económica en la que se encuentra España la prevalencia ha aumentado en un 8%. Se ha visto que afecta en mayor medida a mujeres con una posición socio-económica desfavorable y con escaso apoyo social. Dentro de las formas terapéuticas recomendadas y eficazmente establecidas encontramos la terapia cognitivo-conductual (TCC) y diversos fármacos: ansiolíticos (benzodiazepinas, buspirona y pregabalina) y antidepresivos (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina e inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina). El consumo de este tipo de fármacos producen unas tasas de incumplimiento del 38,1% y 45,9% respetivamente, siendo preciso que el profesional de enfermería realice intervenciones, principalmente psicoeducativas, para mejorar tanto la adherencia al tratamiento como sus síntomas.

Palabras clave: trastorno de ansiedad, procedimientos terapéuticos, adherencia al tratamiento, cuidados de enfermería

ABSTRACT

The aim of this paper is to go depth in the effective therapeutic forms and appropriate nursing interventions for generalized anxiety disorder (GAD), which is a chronic mental illness that produces an excessive anxiety and concern in the people who suffer from it. In the last years and due to the fact economic situation in Spain, the prevalence of this disorder has been increased by 8%. It has been seen that this disorder affects to a greater extent to women with lower socio-economic position and without social support. Within the recommended therapeutic forms established, cognitive-behavioral therapy (CBT) and some drugs can be founded. Among the most commonly used drugs are: anxiolytics (benzodiazepines, buspirona and pregabalina) and antidepressants (selective serotonin reuptake inhibitors and inhibitors of serotonin and noradrenaline reuptake). The consumption of this type of drugs produces a default rates of 38,1% and 45,9% respectively, so its being necessary the nurses interventions, psychoeducational mainly to improve both adherence and its symptoms.

Key words: anxiety disorders, therapeutics, medication adherence, nursing care.

INTRODUCCIÓN

El término ansiedad tiene una historia muy reciente, ya que durante muchos años ha estado incluida en el concepto "neurosis", empleado por primera vez por el profesor *E.W. Cullen*, definiéndolo como un trastorno producido por alteraciones del sistema nervioso. A diferencia de la teoría de *S. Freud*, que lo definió como un trastorno de origen psicológico y establece la ansiedad como un componente central del mismo (1, 2).

Para Freud, la ansiedad es una "señal de peligro", es decir, una reacción emocional que advierte de la presencia de una situación peligrosa y según como fuese esta ansiedad (sentida o inferida) clasificaba la neurosis en: neurosis fóbica, neurosis de ansiedad, neurosis obsesiva-compulsiva o histeria (2).

Después de estas y muchas otras teorías, la American Psychiatric Association (APA) publica a principio de los años 50 el *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM), un sistema de clasificación y diagnóstico que actualmente va por su quinta edición. Tanto en el DSM-I (1952) como en el DSM-II (1968) los trastornos asociados a la ansiedad tienen el mismo concepto pero enmarcados con diferentes nombres (trastornos psiconeuróticos y trastornos neuróticos, respectivamente). Sin embargo, la tercera edición (1980) supuso un cambio radical y un gran avance, ya que desaparece el término "neurosis" y aparece por primera vez el término "trastorno de ansiedad". Las ediciones posteriores (DSM-III-R y DSM-IV) hasta la actual (DSM-5) han modificado algunos criterios diagnósticos y su sistema de clasificación, pero centrándonos en el *trastorno de ansiedad generalizada* (TAG), que se verá desarrollado en capítulos posteriores, resaltar que se ha convertido en una entidad clínica con características propias (2).

Otro sistema muy utilizado es la *Clasificación internacional de las enfermedades* (CIE), publicada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cual utiliza el término de ansiedad por primera vez en su séptima revisión (1955). Actualmente va por su decima revisión, en la que clasifica el TAG dentro del grupo de "Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos" (2).

La ansiedad puede ser una respuesta normal y necesaria (adaptativa) ante un estímulo. Cuando la atención de la persona se centra en la situación amenazadora y aumenta su rendimiento se la denomina *ansiedad normal*, pero cuando la respuesta es desproporcionada, aparece sin ningún desencadenante aparente y no aumenta el rendimiento de la persona esta pasa a denominarse *ansiedad patológica*. En 1908 se crea la *curva de Yerkes-Dodson*, en forma de "U" invertida, la cual afirma que un grado normal de ansiedad aumenta la eficacia o rendimiento de una persona hasta llegar a un punto máximo de acción, a partir del cuál un incremento excesivo de ansiedad afecta negativamente al rendimiento (1, 2, 3).

Desde culturas primitivas se ha considerado a la enfermedad mental como algo sobrenatural, sometiendo a los enfermos a ritos de ayuno y purificación, acupuntura, exorcismo y empleando drogas extraídas de las plantas, realizados por un chamán o hechicero. Pero no es hasta la época del Renacimiento cuando surge una convivencia entre la magia y las creencias médicas. En el siglo XIX los tratamientos clásicos pasan a tener una aplicación más selectiva y racional, llegando a que los fármacos ocupen un papel secundario en el abordaje terapéutico gracias al auge de un desarrollo más moral con el *humanitarismo ilustrado* (4).

En el siglo XX se crean los primeros fármacos con acción antidepresiva: barbitúricos y anfetaminas; en 1950 los antidepresivos tricíclicos e inhibidores de monoaminoxidasa y por último, en 1980 los antidepresivos con propiedades farmacodinámicas altamente selectivas: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina e inhibidores selectivos de serotonina y noradrenalina, entre otros. En cuanto a los ansiolíticos, los barbitúricos fueron los primeros y más utilizados como inductores del sueño y sedantes, hasta la llegada de las benzodiazepinas con propiedades ansiolíticas que además eran más seguras en caso de sobredosis y producían menos dependencia (4).

Los objetivos marcados para la realización de esta monografía han sido los siguientes:

- Definir trastorno de ansiedad generalizada así como sus características epidemiológicas, etiológicas y sociodemográficas.
- Profundizar en el conocimiento de las formas terapéuticas del trastorno de ansiedad generalizada.
- Definir y analizar la adherencia terapéutica en el TAG.
- Describir las intervenciones enfermeras encaminadas a mejorar la adherencia en pacientes con trastorno de ansiedad generalizada.

Estrategia de búsqueda bibliográfica

La revisión bibliográfica de esta monografía se ha realizado durante el mes de junio de 2015 a partir de una serie de bases de datos (PubMed, Google académico, Dialnet y SciELO); páginas web oficiales (Organización Mundial de la Salud [OMS], Instituto Nacional de Estadística [INE], Anxiety and Depression Association of America [ADAA], National Institute for Health and Care Excellence [NICE], Vademécum y Ministerio de Sanidad y Consumo) y libros extraídos de la biblioteca de la universidad de Cantabria.

Se utilizaron una serie de criterios tanto para la búsqueda como para la elección de los artículos, libros, revistas, etc.:

- Criterios de búsqueda:
 - Entre los años 2009-2015.
 - Idioma (Inglés y Castellano)
 - Libre acceso.
 - Palabras clave (DeCS/MeSH): trastornos de ansiedad (anxiety disorders), procedimientos terapéuticos (therapeutics), adherencia al tratamiento (medication adherence), cuidados de enfermería (nursing care).
 - Operadores booleanos AND y OR.
- Criterios de elección:
 - Estar relacionados con el tema seleccionado.
 - Aportar información novedosa.
 - Tener conclusiones relevantes.

A continuación se explicará de manera más detallada lo que es el trastorno de ansiedad generalizada (TAG), sus formas terapéuticas eficaces, su adherencia terapéutica y las intervenciones enfermeras pertinentes.

CAPÍTULO 1. TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

1.1. DEFINICIÓN

Según la quinta edición del DSM-5, el trastorno de ansiedad generalizada (TAG), se encuentra dentro del grupo de trastornos de ansiedad y se tienen que establecer los siguientes criterios diagnósticos (5):

"A. Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar)."

"B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación."

"C. La ansiedad y la preocupación se asocia a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses):"

"Nota: En los niños solamente se requiere un ítem.

- 1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.*
- 2. Facilidad para fatigarse.*
- 3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.*
- 4. Irritabilidad.*
- 5. Tensión muscular.*
- 6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio)."*

"D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento."

"E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipotiroidismo)."

"F. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., ansiedad o preocupación de tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, valoración negativa en el trastorno de ansiedad social [fobia social], contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, recuerdo de sucesos traumáticos en el trastorno de estrés postraumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, dolencias físicas en el trastorno de síntomas somáticos, percepción de imperfecciones en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante)."

Según la (CIE-10) el TAG es una "Ansiedad generalizada y persistente, que no está limitada ni predomina en ninguna circunstancia ambiental en particular (es decir, se trata de una "angustia libre flotante")" y que a de tener una serie de criterios diagnósticos (6):

"El afectado debe tener síntomas de ansiedad la mayor parte de los días durante al menos varias semanas seguidas. Entre ellos deben estar presentes rasgos de:"

"a) Aprensión (preocupaciones acerca de calamidades venideras, sentirse "al límite", dificultades de concentración, etc.)."

"b) Tensión muscular (agitación e inquietud psicomotrices, cefaleas de tensión, temblores, incapacidad de relajarse)."

"c) Hiperactividad vegetativa (mareos, sudoración, taquicardia o taquipnea, molestias epigástricas, vértigo, sequedad de boca, etc.)."

1.2. EPIDEMIOLOGÍA

Según los datos recogidos por el Instituto Nacional de Estadística en 2013, en España, los trastornos mentales y del comportamiento afectan a 16.977 personas (11.205 mujeres y 5.772 hombres), es decir un 4,3% del total de las defunciones (7).

En nuestro país existen pocos estudios epidemiológicos recientes para poder valorar la prevalencia de los trastornos de ansiedad en la población. El realizado por ESEMeD-España, revela que entre las personas que padecen algún tipo de trastorno mental, la ansiedad tiene una prevalencia-vida del 9,3% y una prevalencia-año del 6,2%, indicando así una mayor cronicidad frente a los trastornos depresivos (4,3%); y el realizado por Gili et al, los cuales han determinado que debido a la crisis en España, la prevalencia del TAG a aumentado en un 8% desde los datos recogidos en 2006-2007 (11,7%) hasta el 2010-2011 (19,7%) (8, 9).

1.3. ETIOLOGÍA

El origen del TAG es el resultado del conjunto de múltiples factores predisponentes y de mantenimiento (3, 10, 11, 12).

a) Factores predisponentes:

- **Biológicos:** entre ellos se encuentran los genéticos (estudios muestran que tienen una implicación del 30%).
- **Temperamentales:** conductas ansiosas, producidas por un temperamento inhibido, en las cuales la persona presta más atención a detalles menores haciendo que la percepción que tienen hacia su capacidad de afrontamiento este disminuida.
- **Ambientales:** el tipo de educación en la infancia (los padres refuerzan las conductas ansiosas mediante la sobreprotección y la atención extra) y las relaciones familiares y laborales.

b) Factores de mantenimiento:

- **Estresantes:** mantienen la preocupación y la ansiedad en el tiempo, ocasionando una mayor cronicidad del trastorno y repercutiendo así en la calidad de vida de la persona.

1.4. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Estudios estadísticos sobre las características sociales de personas con TAG han establecido que el rango de edad aproximado de aparición se encuentra entre los 25-35 años (edad media 30 años), siendo mayor el número de mujeres afectadas (2:1) frente al de hombres (5, 13, 14).



Figura 1.- Variables sociodemográficas del Trastorno de Ansiedad Generalizada

Otras variables que se han identificado son el estar soltero, tener enfermedades crónicas, estar desempleado, tener estudios universitarios, tener una posición socioeconómica media-baja y poco apoyo social (11, 13, 14, 15).

1.5. COMORBILIDAD

A las personas con TAG se les atribuyen altas tasas de comorbilidad, apareciendo principalmente junto con otros trastornos de ansiedad y afectivos, aportando en ocasiones un peor pronóstico (10, 15).

Dentro de los trastornos psiquiátricos más comunes se encuentran la fobia social y la depresión mayor; otras enfermedades médicas asociadas frecuentemente al TAG son, el dolor crónico y los trastornos gastrointestinales y cardiovasculares (16).

CAPITULO 2. FORMAS TERAPÉUTICAS DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

En base a guías clínicas y estudios estadísticos, el TAG tiene varias formas terapéuticas recomendadas, las cuales se dividen en farmacológicas y psicológicas.

2.1. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Aunque existen varios grupos farmacológicos que pueden ser utilizados en el tratamiento de la ansiedad (ver Figura 2), existen principalmente dos grandes grupos de fármacos con tratamiento eficaz y de elección para el TAG, los ansiolíticos y los antidepresivos:



Figura 2.- Clasificación de los fármacos utilizados en el trastorno de ansiedad.

2.1.1. ANSIOLÍTICOS

Actualmente, es el grupo farmacológico más empleado para tratar los trastornos de ansiedad, mitigando e incluso eliminando la ansiedad sin producir sedación o sueño (17).

- **BENZODIACEPINAS**

Las benzodiacepinas son sustancias liposolubles, que en función de su estructura química y la dosis empleada, tienen distintos efectos terapéuticos: ansiolítico, hipnótico, anticonvulsivo y relajante muscular. Son en dosis bajas cuando las benzodiacepinas poseen acción ansiolítica, siendo de elección para tratar a corto plazo el TAG (4, 17, 18).

Respecto al mecanismo de acción, las benzodiacepinas actúan a nivel del sistema límbico, más concretamente en el hipocampo y la amígdala, fijándose en un lugar concreto del *sistema GABA*. Esta unión se realiza en el *receptor GABA_A*, potenciándolo, lo que facilita el flujo de iones de cloro hacia la neurona, haciendo que esta se inhiba (4, 17, 18, 19).

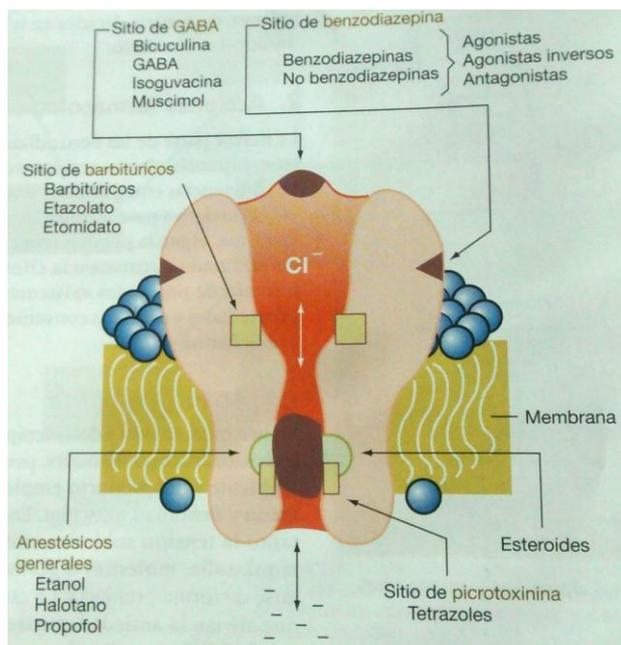


Figura 3.- Complejo receptor GABA-benzodiazepina-ionóforo Cl⁻. Se muestran los diferentes sitios receptores dentro del complejo (17).

Farmacocinética

Las benzodiazepinas al ser sustancias liposolubles tienen una fácil y rápida absorción, llegando a alcanzar su máxima concentración plasmática al cabo de 2-4 horas. Su principal vía de administración es la oral y preferiblemente con el estómago vacío ya que facilita la absorción; aunque también pueden administrarse por vía intramuscular, pero presentan una absorción errática y lenta, ya que se concentran en el tejido adiposo, y por vía intravenosa en caso de urgencia. La biodisponibilidad que tienen las benzodiazepinas es muy elevada, del 78% para el *nitrazepam* y hasta el 100% en el caso del *clordiazepóxido*. (4,18)

Tabla 1.- Clasificación de las benzodiazepinas en función de su semivida plasmática.

LARGA	INTERMEDIA	CORTA	ULTRACORTA
<ul style="list-style-type: none"> •Clobazam •Clonazepam •Clorazepato •Clordiazepóxido •Diazepam •Flurazepam •Ketazolam •Medazepam •Nitrazepam •Quazepam 	<ul style="list-style-type: none"> •Bromazepam •Flunitrazepam •Halazepam •Nitrazepam •Ketazolam 	<ul style="list-style-type: none"> •Alprazolam •Bentazepam •Lorazepam •Lormetazepam •Loprazolam •Oxazepam •Pinazepam •Temazepam 	<ul style="list-style-type: none"> •Brotizolam •Triazolam •Midazolam

El volumen de distribución de las benzodiazepinas depende de su liposolubilidad y de la velocidad de metabolización, afectando a la duración de su efecto clínico y a su semivida plasmática. Atendiendo a este último criterio las benzodiazepinas se pueden dividir en semivida ultracorta (< 6 horas), corta (6-24 horas), intermedia (25-30 horas) y larga (>30 horas) (Tabla 1). La principal ventaja de la semivida larga sobre la corta radica en que posee un síndrome de retirada menor, el intervalo de administración es mayor y su retirada es más fácil, todo ello, facilita el cumplimiento y minimiza el desarrollo de dependencia; pero como desventaja, se produce una mayor acumulación por lo que en ancianos y pacientes con hepatopatías no se recomienda su utilización. (4,18,19)

La metabolización es muy compleja, interviniendo diferentes vías metabólicas a nivel hepático (4, 17, 18).

En términos generales, las benzodiazepinas son fármacos seguros y bien tolerados por los pacientes, pero en ocasiones pueden producir reacciones adversas (Tabla 2). Estas alteraciones, especialmente las cognitivas (memoria y conductuales) y las de la marcha y el equilibrio (riesgo de caídas y fracturas óseas) son más comunes y tienen peores efectos en los ancianos (4, 18, 19).

Tabla 2.- Reacciones adversas producidas por las benzodiazepinas

ADULTOS	RECIEN NACIDOS
<ul style="list-style-type: none"> •Somnolencia •Confusión/Desorientación •Ataxia •Fatiga •Sequedad boca •Estreñimiento •Disartria •Mareos •Cefalea •Náuseas y Vómitos •Disfunción sexual •Insomnio •Hipotonía muscular •Hipotensión •Aumento de peso 	<ul style="list-style-type: none"> •Labio leporino •Paladar hendido •Temblor •Irritabilidad •Trastornos del sueño •Apnea •Relajación muscular

El consumo de benzodiazepinas está contraindicado en el caso de padecer miastenia grave, apnea del sueño e hipersensibilidad al fármaco; y no se recomienda si se padece enfermedades respiratorias graves, en personas con adicción a drogas, enfermedades hepáticas y/o deterioros cognitivos y durante el embarazo y la lactancia, ya que hay riesgo de que el recién nacido sufra importantes efectos adversos (Tabla 2). Tampoco se recomienda su uso en pacientes que precisen una coordinación psicomotora completa, como conductores de vehículos o maquinarias peligrosas (4, 18).

El uso de este ansiolítico durante un tiempo prolongado (más de 6 meses) crea *tolerancia*, manifestándose mediante la necesidad de aumentar la dosis para mantener los beneficios clínicos, lo cual provoca *dependencia*. Si a esto le sumamos que se interrumpe el consumo de forma brusca, se crea el llamado *síndrome de abstinencia*, caracterizado por producir ansiedad, insomnio, temblor, cefalea, anorexia, despersonalización, alucinaciones y, en casos extremos, psicosis aguda y convulsiones (4, 18).

- **BUSPIRONA**

Como se aprecia en la clasificación de los ansiolíticos (Figura 2), la buspirona actúa como un agonista parcial del *receptor 5-HT_{1A}*, es decir, no actúa sobre el receptor GABA como las benzodiazepinas (17).

Al ser sustancias liposolubles tienen una fácil y rápida absorción, llegando a alcanzar su máxima concentración plasmática al cabo de 3-4 horas. Se metaboliza a nivel hepático (4, 17, 18).

Como inconveniente con respecto a las benzodiazepinas es su comienzo de acción, ya que tardan hasta 2 semanas en producir efecto ansiolítico en el paciente. La principal ventaja es su escasa incidencia de efectos adversos, entre los que se encuentran el mareo, vértigo, cefalea, sudor, inquietud, nerviosismo, y náuseas. No desarrolla dependencia ni abstinencia (17).

- **PREGABALINA**

La pregabalina es un anticonvulsivante eficaz sobre los síntomas somáticos y psicossomáticos del TAG. Posee un rápido inicio de acción (1 semana) y una buena tolerabilidad, además de requerir el uso de menos ansiolíticos de forma concomitante en comparación con los antidepresivos. Su uso está más indicado en la atención especializada (19, 20, 21, 22).

2.1.2. ANTIDEPRESIVOS

Los antidepresivos son fármacos psicotrópicos empleados para trastornos depresivos mayores, trastornos de ansiedad y trastornos de la alimentación, entre otros (4, 18).

En el caso del TAG, son los antidepresivos de segunda generación (Figura 3) los más recomendados y utilizados para tratamientos a largo plazo (17).

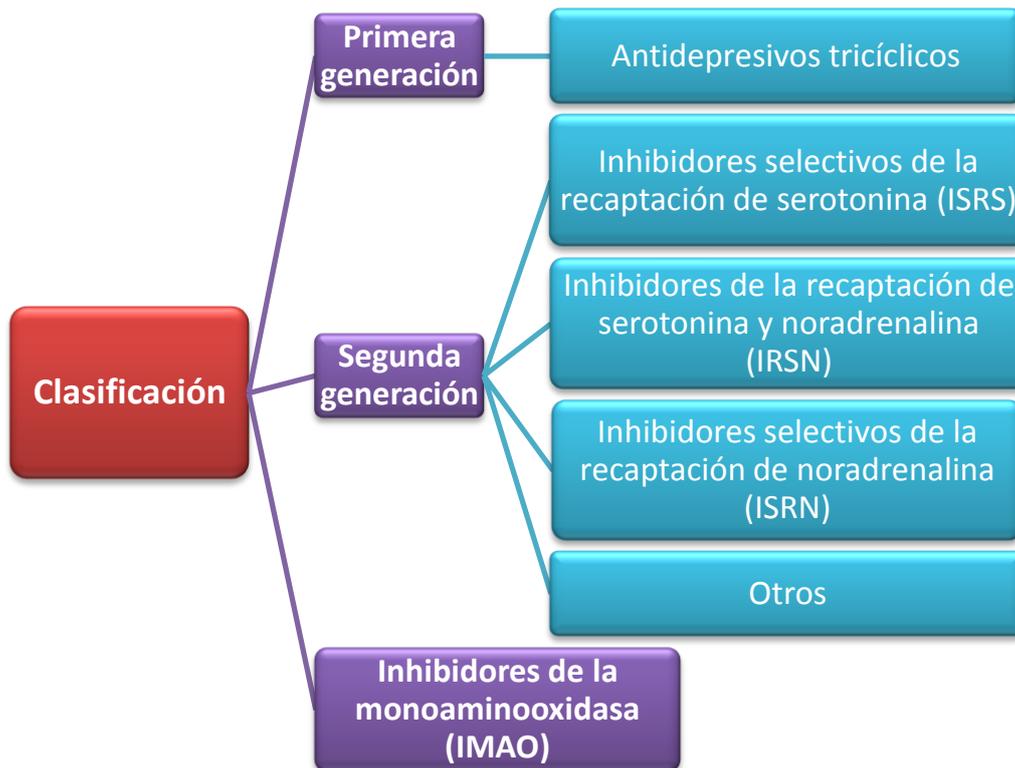


Figura 4.- Clasificación de los antidepresivos.

En líneas generales, estos fármacos actúan sobre las moléculas transportadoras de diferentes aminas, en especial de serotonina, noradrenalina y dopamina, inhibiendo la recaptación e incrementándose el número de aminas en el espacio sináptico, produciéndose así el efecto antidepresivo (4, 18).

Como ejemplo se describe un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (Fluoxetina) y un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina y noradrenalina (Venlafaxina).

- **FLUOXETINA**

Desde su aparición fue considerada la “píldora de la felicidad”. En relación al mecanismo de acción, la fluoxetina actúa a nivel presináptico inhibiendo la recaptación de serotonina y a diferencia de los otros ISRS, no tiene efectos significativos a nivel cognitivo y psicomotor, escasa actividad por otros neurotransmisores y ninguna afinidad por los canales cardíacos de sodio, haciendo que un fármaco más seguro en caso de toxicidad (4).

La fluoxetina alcanza una concentración plasmática máxima al cabo de 6-8 horas, siendo su principal vía de administración la oral y con una biodisponibilidad del 72%. En cuanto a su distribución, esta tiene un 95% de afinidad por las proteínas plasmáticas. Su semivida es de 1-3 días en administraciones cortas y de 4-6 días en administraciones largas, lo que ofrece una mayor protección frente al *síndrome de discontinuación* (4, 18).

Se metaboliza a nivel hepático, mediante el sistema del citocromo P450 y su metabolito principal es la *norfluoxetina*, el cual tiene una semivida de eliminación de 7-15 días. Su eliminación es vía renal (4).

Entre los efectos secundarios más frecuentes nos encontramos con: náuseas, cefalea, mareos, sequedad de boca, insomnio, somnolencia, diarrea, nerviosismo, ansiedad, anorexia, temblor, rinitis, sudoración, astenia e impotencia en los varones (4, 18, 23).

En cuanto al consumo, está contraindicado en combinación con IMAO y durante el embarazo y la lactancia. Debe usarse con precaución si se asocia con otros fármacos serotoninérgicos, en uso concomitante con anticoagulantes orales, en pacientes epilépticos, diabéticos, insuficiencia hepática, glaucoma con ángulo cerrado y en pacientes con cardiopatía o antecedentes de trastornos hemorrágicos (4, 23).

▪ **VENLAFAXINA**

Relativo al mecanismo de acción, la venlafaxina actúa a nivel del sistema nervioso central y en menor medida en el sistema nervioso periférico vegetativo, inhibiendo la recaptación de serotonina, noradrenalina y dopamina, siendo más eficaz en la recaptación de serotonina y noradrenalina, ya que se necesitan dosis más bajas de fármaco en comparación con la recaptación de dopamina (4, 18).

Su principal vía de administración es la oral y preferiblemente con el estómago vacío ya que facilita la absorción, llegando a alcanzar una concentración plasmática máxima a las 2-2,5 horas. En cuanto a su distribución, esta tiene alrededor de un 30% de afinidad por las proteínas plasmáticas, lo que la confiere una baja interacción farmacológica y una semivida de 3,5 horas (4, 18).

Se metaboliza en el hígado mediante el sistema del citocromo P-450 y el citocromo 3A4, y se elimina por la orina (4).

Los efectos adversos producidos por la Venlafaxina en dosis bajas son bien tolerados. Entre los más frecuentes nos encontramos con: náuseas, vómitos, sequedad de boca, somnolencia, estreñimiento, nerviosismo, disminución de la libido, disminución de peso por falta de apetito, hipertensión, insomnio y escalofríos (4, 18, 23).

Venlafaxina está contraindicada en casos de hipersensibilidad al principio activo o alguno de sus excipientes y en combinación con IMAO. Se debe usar con precaución en pacientes con insuficiencia hepática y renal por el riesgo de acumulación, hipertensión arterial y/u otros trastornos cardíacos, presión intraocular elevada o riesgo de glaucoma, diagnóstico de trastorno bipolar y/o convulsiones, ancianos, menores de 18 años y durante el embarazo y la lactancia (4, 23).

Si el consumo de este fármaco es interrumpido de forma brusca, se crea el llamado *síndrome de discontinuación o retirada*, caracterizado por producir ansiedad, insomnio, náuseas, cefalea, vómitos, irritabilidad y agitaciones, por lo que se recomienda disminuir la dosis de forma progresiva durante 2 semanas (4, 18).

2.2. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

En la psicología clínica podemos encontrar tres tipos de terapias de conducta, o también llamadas generaciones: primera generación o *terapia conductual*, basada en el condicionamiento clásico y operante; segunda generación o *terapia cognitivo-conductual* (TCC), fundamenta que las cogniciones (creencias, pensamientos, expectativas y atribuciones) son la causa de los problemas emocionales y conductuales; y por último, tercera generación o *terapia contextual*, centrada en nuevas habilidades encaminadas a que el paciente acepte su situación y lo que no se puede cambiar de esta y en caso de que se pueda, realizarlo (24, 25).

Centrándonos en el TAG y en base a los estudios realizados, la terapia cognitivo-conductual tiene mayores efectos sobre los pacientes que el resto de terapias de conducta, por lo que procederemos a explicarla de manera más precisa (26).

La TCC está orientada a identificar y cambiar aspectos cognitivos y conductuales producidos por el trastorno, dotando al paciente de una serie de recursos que le permite controlar los síntomas, evitando así el uso de fármacos. Debe ser breve y focalizada a la naturaleza del trastorno y a las características del paciente (19, 20).

2.2.1. MODELOS EXPLICATIVOS DE LA TCC (27, 28)

▪ DUGAS

Consta de 18 sesiones de 1 hora. Las 8 primeras sesiones se impartirán 2 por semana, las 8 segundas 1 por semana y las 2 últimas entre 2 y 4 semanas más tarde. Entre las primeras 2-4 sesiones se realizará un análisis conductual y entrenamiento para que el paciente identifique las situaciones que le producen preocupación y si esta es basada en un problema real o no, y en que medida es modificable. En función de los resultados se realizan intervenciones específicas para la preocupación:

- Preocupaciones sobre problemas basados en la realidad y modificables: entrenamiento en solución de problemas con objetivos centrados en el problema.
- Preocupaciones sobre problemas basados en la realidad e inmodificables: entrenamiento en solución de problemas con objetivos centrados en aceptar la situación y manejar las emociones mediante técnicas de relajación.

Después de realizar dichas intervenciones se hace una reestructuración cognitiva.

Más recientemente Dugas et al (27) han propuesto otro tipo de TCC, la cual se centra en las preocupaciones y su objetivo principal es crear una mayor tolerancia a la incertidumbre, el principal factor de cronicidad del TAG. En ella se incluyen las siguientes técnicas:

- Psicoeducación y entrenamiento en preocupaciones.
- Reconocimiento de la incertidumbre y exposición conductual.
- Reestructuración cognitiva.
- Entrenamiento en solución de problemas.
- Exposición a la preocupación.
- Prevención de recaídas.

▪ **BORKOVEC**

Incluye los elementos básicos de la TCC (tabla 3) más:

- Minimizar las perspectivas y conjeturas negativas, focalizando la atención en el presente.
- Vivir conforme a los propios valores.

Tabla 3.- Elementos básicos de la terapia cognitivo-conductual (27)

- Entrenamiento en darse cuenta de los estímulos internos y situaciones externas que producen ansiedad y las reacciones que provocan
- Técnicas de relajación
- Reestructuración cognitiva
- Estrategias de control de estímulos
- Exposición gradual, imaginada y en vivo a estímulos internos que provocan ansiedad, con el fin de manejarlos mediante las estrategias aprendidas previamente.

▪ **BARLOW**

Consta de 12-15 sesiones semanales de una hora, a excepción de las dos últimas sesiones que son cada dos semanas, en las que incluye:

- Conceptualización del problema y justificación del tratamiento.
- Técnicas de relajación.
- Reestructuración cognitiva.
- Exposición a la preocupación.
- Prevención de las conductas de preocupación.
- Organización del tiempo y establecimiento de metas.
- Resolución de problemas.

Al finalizar las sesiones se establece cada cierto tiempo un encuentro para evaluar el progreso y si han surgido problemas o dificultades. Estas sesiones pueden hacerse de manera individual o en grupo.

2.3. EFICACIA DE LAS FORMAS TERAPÉUTICAS

Todas las formas terapéuticas expuestas anteriormente han sido validadas empíricamente, alcanzando el estatus de tratamiento bien establecido.

Cervera G. et al (19), ratifican que el tratamiento integrador, es decir, la combinación de tratamientos farmacológicos y psicoterapia, es la mejor elección para el TAG.

Respecto al tratamiento farmacológico se recomienda el uso de ansiolíticos y antidepresivos de segunda generación como elección eficaz frente al TAG. En el caso de los antidepresivos se recomienda mantener el tratamiento entre seis meses y un año para reducir los síntomas psicósomáticos de la ansiedad debido a que poseen una acción curativa a medio-largo plazo y un riesgo-beneficio saludable, pero debido a su largo periodo de latencia, de 2 a 4 semanas, es conveniente usar fármacos de inicio de acción más rápido como son los ansiolíticos (entre 4-6 semanas), disminuyendo posteriormente su dosis hasta su completa retirada, ya que la continuación de tratamiento durante intervalos superiores a 6-8 meses producen una tasa de dependencia del 40% (19, 29, 30, 20, 26, 31).

CAPÍTULO 3. ADHERENCIA TERAPÉUTICA

3.1. DEFINICIÓN

La OMS define adherencia como "el grado en el que el comportamiento de una persona -tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios en el modo de vida- se corresponde con las recomendaciones acordadas por un prestador de asistencia sanitaria" (32).

Hay que tener en cuenta que el término adherencia lleva implícito un acuerdo entre el profesional sanitario y el paciente, teniendo este último un papel más activo, a diferencia del término "cumplimiento" el cuál en muchas ocasiones es utilizado como símil, con la diferencia de que en éste el paciente tiene una relación sumisa y de obediencia ante el profesional sanitario (33).

3.2. CAUSAS DE LA NO-ADHERENCIA

Las causas de la no-adherencia a los tratamientos viene determinada por una serie de factores relacionados con (33, 34, 35, 36):

- **Paciente (40%):** variables sociodemográficas (edad, género, nivel educativo y económico, estado civil y raza) y el estigma percibido por la sociedad y/o la familia.
- **Fármaco (20%):** efectos adversos, cambios en el estilo de vida, complejidad del régimen terapéutico, creencias sobre la medicación y costes. Un factor predictivo sobre la adherencia es la percepción que tiene el paciente sobre la necesidad de tomar la medicación.
- **Enfermedad (10%):** creencias sobre la enfermedad y negación de la misma y ausencia de insight.
- **Profesionales sanitarios (30%):** alianza terapéutica, sobrecarga laboral y opciones de realizar terapias individualizadas.

3.3. SITUACIÓN ACTUAL

Aproximadamente un 40-45% de las personas que padecen una enfermedad crónica incumplen las recomendaciones terapéuticas (35). Según el estudio realizado por Bulloch et al (37), los pacientes que consumen ansiolíticos y antidepresivos tienen una tasa de incumplimiento del 38,1% y 45,9%, respectivamente.

En el caso de la psicoterapia, se ha visto que la adherencia depende del diagnóstico, la naturaleza de la enfermedad y la duración y severidad de los síntomas.

Esta situación de no-adherencia al tratamiento tiene consecuencias clínicas (riesgo de recaídas y recurrencias) y económicas (aumento de los costes), por lo que es preciso que el profesional sanitario intervenga (33, 36)

CAPÍTULO 4. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

Según la CIE, una intervención enfermera es "Todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente" (38).

En base a esta definición se pueden realizar intervenciones directas, realizando tratamientos a través de la interacción con el paciente e indirectas, realizando tratamientos lejos del paciente pero en su beneficio (38).

Con todo esto, para una mejora en la adherencia al tratamiento en el TAG es preciso que la enfermería realice una serie de intervenciones que se detallarán a continuación.

- **RÉGIMEN TERAPÉUTICO**

Simplificar su medicación con pautas más sencillas y prescribiendo fármacos de acción prolongada, ya que se relaciona la complejidad del tratamiento con la no-adherencia, teniendo consecuencias clínicas y económicas importantes (33, 36).

- **APOYO SOCIAL Y FAMILIAR**

Es preciso tener en cuenta las características sociodemográficas del paciente ya que este trastorno suele afectar a personas solteras, con una posición socioeconómica media-baja y poco apoyo social y familiar, incrementándose así la tasa de no-adherencia.

Las intervenciones en el medio sociofamiliar deben ir encaminadas a reducir el estigma que tienen hacia las personas con patologías mentales (36).

- **PSICOEDUCACIÓN**

La psicoeducación en este tipo de trastorno es un pilar muy importante para los pacientes. Deben conocer su enfermedad y aprender habilidades para controlar situaciones ansiosas, mejorar su autoestima y evitar así las recaídas (20).

Este tipo de intervenciones pueden ser tanto individuales como en grupo y se recomienda que la duración sea de seis meses con una media de 10 sesiones, produciendo una disminución en los síntomas de ansiedad, tristeza y preocupación durante seis meses a dos años tras finalizar la terapia (19, 20).

En 1971, Suinn y Richardson desarrollaron una terapia conductual llamada *Entrenamiento en el manejo de la ansiedad* (EMA), eficaz para el TAG. En esta terapia no es necesario que los pacientes identifiquen las causas o estímulos que precipitan su ansiedad, sino que se les entrena en habilidades de relajación para manejar sus estados de ansiedad. Se realizan una serie de sesiones (ver Anexo 1) hasta que el paciente sea capaz de controlar su ansiedad, llevándose a cabo la siguiente secuencia (39):

- Entrenamiento en habilidades de relajación utilizando la relajación progresiva de Jacobson o la adaptación de Bernstein y Borkovec.
- Autogeneración de ansiedad.
- Entrenamiento en identificar las respuestas que constituyen su reacción de ansiedad.
- Entrenamiento en habilidades para que ponga fin a las respuestas de ansiedad.

REFLEXIÓN PERSONAL

El trastorno de ansiedad generalizada es una patología mental crónica que va en aumento, con una prevalencia e incidencia cada vez más elevada en la población, especialmente por la situación económica actual que sufre el país.

Tradicionalmente, el tratamiento farmacológico ha sido la terapia de primera elección para este trastorno, pero en la actualidad se combina con diferentes formas de abordaje terapéutico, como son las terapias psicológicas. Para que estas formas terapéuticas tengan efecto en el paciente es imprescindible realizar un buen abordaje por parte de los profesionales sanitarios.

La enfermería como profesión destinada a cuidar y atender a las personas en todos sus contextos, es idónea para realizar un abordaje terapéutico eficaz mediante la promoción y la educación para la salud. Por ello, como primer paso hacia ese objetivo, es conveniente ampliar los conocimientos acerca de la enfermedad y de sus formas terapéuticas para así ser capaces de realizar intervenciones enfermeras eficaces.

En definitiva, es necesario realizar intervenciones que no supongan un gran esfuerzo para el paciente, pero que favorezcan e incluso potencien los efectos que estas terapias producen en ellos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Vallejo J, Bulbena A, Blanch J. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. 8ª ed. Barcelona: Elsevier-Masson; 2015
- (2) Belloch A, Sandin B, Ramos F. Manual de Psicopatología. Volumen II. Madrid: McGraw-Hill Interamericana de España; 2009. 650p.
- (3) Ortuño F, Martín R. Lecciones de psiquiatría. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2010.
- (4) Salazar M, Peralta C, Pastor FJ. Tratado de psicofarmacología. Bases y aplicación clínica. 2ª ed. Madrid: Médica Panamericana; 2009.
- (5) American Psychiatric Association. DSM-5: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014.
- (6) Organización Mundial de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Decima revisión [Internet]. Madrid: Psicomed S.L. [citado 8 jun 2015]. Disponible en: http://www.psicomed.net/cie_10/cie10_indice.html
- (7) Instituto Nacional de Estadística. [Internet]. Madrid: INE; c2013. Defunciones según la causa de muerte en los trastornos mentales y del comportamiento; [citado 10 jun 2015]. Disponible en: <http://www.ine.es/>
- (8) Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I et al. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. Med Clin (Barc) [Internet] 2006. [citado 10 jun 2015]; 126 (12): 445-51. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-prevalencia-los-trastornos-mentales-factores-13086324>
- (9) Gili M, Roca M, McKee M, Stuckler D. The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010. Eur J Public Health [Internet]. 2013 [citado 10 jun 2015] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23132877?dopt=abstract>
- (10) Newman G, Anderson L. Una revisión de la investigación básica y aplicada sobre el Trastorno de Ansiedad Generalizada. Rev Argent Clínica Psicológica [Internet]. 2007 [citado 15 jun 2015] Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2333350>
- (11) Londoño N, Marín C, Juárez F, Palacio J, Muñoz O, Escobar B et al. Factores de riesgo psicosociales y ambientales asociados a trastornos mentales. Suma Psicol [Internet]. 2010 [citado 15 jun 2015]; 17 (1). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-43812010000100005&script=sci_arttext
- (12) Anxiety and Depression association of America. [Internet]. Georgia: ADAA; 2015. Generalized Anxiety Disorder (GAD); [citado 15 jun 2015]. Disponible en: <http://www.adaa.org/generalized-anxiety-disorder-gad>
- (13) Bernarolo-de-Quirós M, Estupiña F, Labrador F, Fernández-Arias I, Gómez L, Blanco C et al. Diferencias sociodemográficas, clínicas y de resultados del tratamiento entre los trastornos de ansiedad. Psicothema [Internet]. 2012 [citado 21 jun 2015]; 24 (3):396-401. Disponible en: <http://www.psycothema.com/psycothema.asp?id=4029>
- (14) Marjan MP, Mendieta D, Muñoz MA, Díaz A, Cortés JF. Calidad de vida y discapacidad en el trastorno de ansiedad generalizada. Salud Ment (Mex) [Internet]. 2014 [citado 21 jun 2015]; 37 (6). Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252014000600009&script=sci_arttext

- (15) Brugos D. Sesgos cognitivos atencionales y de interpretación en personas mayores con diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada. [tesis doctoral en Internet]. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid; 2013 [citado 3 jul 2015]. Disponible en: <https://repositorio.uam.es/handle/10486/14323>
- (16) García J, Caballero F, Pérez M, López V. Prevalencia y síntomas del trastorno de ansiedad generalizada recién diagnosticado en los servicios de atención primaria. El estudio GADAP. Actas Esp Psiquiatr [Internet]. 2012 [citado 5 jul 2015]; 40 (3):105-13. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3956269>
- (17) Flórez J, Armijo JA, Mediavilla A. Farmacología Humana. 6ª ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2014.
- (18) Lorenzo P, Moreno A, Lizasoain I, Leza JC, Moro MA, Portolés A, Velázquez. Farmacología Básica y Clínica. 18ª ed. Madrid: Médica Panamericana; 2008.
- (19) Cervera G, Haro G, Martín J, Fuentes M, Bolinches F, Calero A et al. Guía para el tratamiento de los trastornos depresivos o ansiosos [Internet]. Valencia; 2011 [citado 8 jul 2015]. 66p. Disponible en: http://clinica-snc.com/files/2011/02/Libro_depresion_y_ansiedad_2aED.pdf&ved=0CB8QFjAAhUKEwjaprq2zdPHAhWE3CwKHUtSDrY&usq=AFQjCNH5jrY5JxT8aYxrqK6BpD4pm4zkVw&sig2=tqrXbgEgQqvHOUI6LKzScg
- (20) Ministerio de Sanidad y Consumo [Internet]. Madrid: Plan Nacional para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria; [citado 8 jul 2015]. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_430_Ansiedad_Lain_Entr_compl.pdf
- (21) Carrasco JL, Álvarez E, Olivares JM, Rejas J. Análisis comparativo de costes del inicio de terapia con pregabalina o ISRS/ISRN en pacientes resistentes a las benzodiazepinas con trastorno de ansiedad generalizada en España. Actas Esp Psiquiatr [Internet]. 2013 [citado 8 jul 2015]; 41 (3): 164-74. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4260455>
- (22) CvjeteKovic-Bosnjak M, Soldatovic-Stajic B, Babovic SS, Boskovic K, Jovicevic M. Progabalin versus sertraline in generalized anxiety disorder. An open label study. Eur Rev Med Pharmacol Sci [Internet]. 2015 [citado 8 jul 2015]; 19 (11): 2120-4. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Progabalin+versus+sertraline+in+generalized+anxiety+disorder.+An+open+label+stud>
- (23) Vademecum.es [Internet]. Madrid: Vidal Vademécum Spain; c2015 [citado 19 jul 2015]. Disponible en: <http://www.vademecum.es>
- (24) Pérez M. La terapia de conducta de tercera generación. Revista de Psicología y Psicopedagogía [Internet]. 2006 [citado 24 jul 2015]; 5 (2):159-172. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2147830>
- (25) Ruiz MA, Díaz MI, Villalobos A. Manual de Técnicas de Intervención cognitivo conductuales. 3ª ed. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2013. 601p.
- (26) Pérez M, Fernández JR, Fernández C, Amigo I. Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Barcelona: Ediciones Pirámide; 2005.
- (27) Vallejo MA. Manual de terapia de conducta. Madrid: Dykinson; 2012
- (28) Bados A. Trastorno de ansiedad generalizada. [Internet]. Barcelona: Universidad de Barcelona; 2005 [citado 28 jul 2015]. Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/357/1/116.pdf>
- (29) Bandelow B, Noerner RJ, Kasper S, Linden M, Wittechen HU, Möller HJ. The Diagnosis and Treatment of Generalized Anxiety Disorder. Dtsch Arztebl Int [Internet]. 2013 [citado 1 ago 2015]; 110 (17):300-10. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23671484>

- (30) National Institute for Health and Care Excellence [Internet]. United Kingdom: NICE; 2015. First-choice antidepressant use in adults with depression or generalized anxiety disorder; [citado 1 ago 2015]. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/advice/KTT8/chapter/Evidence-context>
- (31) Bandelow B, Lichte T, Rudolf S, Wiltink J, Beutel ME. Clinical practice guideline: The diagnosis of and treatment recommendations for anxiety disorders. Dtsch Arztebl Int [Internet]. 2014 [citado 1 ago 2015]; 111 (27-28): 473-80. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25138725>
- (32) Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción [Internet]. 2004 [citado 13 ago 2015]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=18722&Itemid
- (33) Dilla T, Valladares A, Lizán L, Sacristán JA. Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. Aten Primaria [Internet]. 2009 [citado 13 ago 2015]; 41 (6). Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-adherencia-persistencia-terapeutica-causas-consecuencias-13139004>
- (34) Del Duca M, Gallegos Y, Da Col G, Trenchi MN. Adherencia al tratamiento desde la perspectiva del médico de familia. Biomedicina [Internet]. 2013 [citado 13 ago 2015]; 8(1): 6-15. Disponible en: http://www.um.edu.uy/docs/adherencia_tratamiento_abril13.pdf
- (35) Vilaplana C, Gonzalez F, Ordoñana JR. Adherencia al tratamiento. Una revisión desde la perspectiva farmacéutica. Pharmaceutical Care [Internet]. 2012 [citado 13 ago 2015]; 14(6):249-255. Disponible en: <http://pharmacareesp.com/index.php/PharmaCARE/article/view/97>
- (36) Hernández JL. Adherencia Terapéutica. Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria [Internet]. 2009 [citado 13 ago 2015]; 9. Disponible en: <http://www.aen.es/docs/cuadernos9-1.pdf>
- (37) Bulloch AGM, Patten B. Non-adherence with psychotropic medications in general population. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol [Internet]. 2010 [citado 13 ago 2015]; 45(1):47-56. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19347238>
- (38) Bulechek G, Butcher H, Dochterman J. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2009.
- (39) Oviedo M, Giner N, Iriondo O, López T, Martín E, Ruso C et al. Fichas de psicoterapias manualizables. Cuadernos de salud mental del 12 [Internet]. 2015 [citado 22 ago 2015]; 10. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DCuad+SM+d+el+12+-+10+%282015%29.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DHospital12Octubre&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352869789892&ssbinary=true>

ANEXOS

ANEXO 1.- Terapia de Suinn y Richardson. Entrenamiento en el manejo de la ansiedad (39).

SESIÓN	FASES
Primera	<ol style="list-style-type: none"> 1. Informar y explicar el problema 2. Entrenamiento. Conlleva dos tareas: Recordar e identificar escenas de relajación (acontecimientos reales). Entrenar en relajación muscular progresiva al sujeto (relajación muscular progresiva de Jacobson o la adaptación de Bernstein y Borkovec). 3. Consolidación y generalización. Se le mandan tareas para casa relacionadas con los entrenamientos realizados durante la sesión.
Segunda	<ol style="list-style-type: none"> 1. Control de la realización de las tareas para casa. 2. Entrenar en el recuerdo e identificación de situaciones reales de ansiedad que generen respuestas con intensidades y duraciones moderadas (en una escala la valoración subjetiva debería estar en torno al 6/10). 3. Proporcionar al sujeto instrucciones de relajación sin incluir el componente de tensión muscular. 4. Generar, con las instrucciones del terapeuta, una escena de ansiedad seguida de otra escena que incluya procedimiento de relajación. 5. Consolidación y generalización. Se le mandan tareas para casa relacionadas con los entrenamientos realizados durante la sesión.
Tercera	<ol style="list-style-type: none"> 1. Control de la realización de las tareas para casa. 2. Relajación iniciada por el propio paciente (en ausencia de respuestas de ansiedad). 3. Activación de la ansiedad (instrucciones del terapeuta para que el sujeto reconstruya imaginariamente una situación real ansiógena). 4. Identificar (paciente) las respuestas de ansiedad generadas por la situación ansiógena, así como sus características. 5. Generar la relajación siguiendo instrucciones del terapeuta. 6. Repetir la secuencia integrada por los 4 pasos previos hasta un total de 3-4 veces. 7. Tareas para casa.
Cuarta	<p>Tiene como objeto el entrenamiento de la secuencia de entrenamiento en relajación</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Control de la realización de las tareas para casa. 2. Se elige una situación cuya evocación produzca una respuesta e ansiedad de intensidad alta (9/10 en una escala autoinformada). Esta escena se alternará con otra situación evaluada por el sujeto como moderada. 3. El paciente identifica las características de sus respuestas de ansiedad (cognitivas, fisiológicas y motoras). El paciente decide el momento de iniciar su propia relajación. 4. Tareas para casa: que el sujeto replique lo entrenado poniendo énfasis en la detección e identificación de las primeras señales de activación ansiógena para contingentemente iniciar la relajación (si se percibe ansiedad).
Quinta	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluación de la habilidad en la ejecución de las tareas para casa. 2. Se procede igual que la sesión cuarta. 3. En esta fase el papel del terapeuta se minimiza durante el entrenamiento mientras que el paciente alcanza el grado más alto de protagonismo en su propio control.
Sucesivas sesiones	<p>El terapeuta hace un seguimiento del grado de control alcanzado por el sujeto exponiéndolo a situaciones reales, dándose por concluido el entrenamiento cuando el paciente logra controlar sus respuestas de ansiedad.</p>

