

EL TRASTORNO DE PÁNICO EN ATENCIÓN PRIMARIA

PANIC DISORDER IN PRIMARY CARE

Antonio Cano Vindel¹, Cristina Mae Wood¹, Esperanza Dongil² y José Miguel Latorre³

¹Universidad Complutense de Madrid. ²Universidad Católica de Valencia. ³Universidad de Castilla-La Mancha

El objetivo de este trabajo es analizar la prevalencia y comorbilidad del trastorno de pánico (TP) en las consultas de Atención Primaria (AP), estudiar el porcentaje de pacientes diagnosticados y tratados, y revisar la eficacia y adecuación de los tratamientos a la evidencia científica en dicho contexto. Los resultados indican que en España la prevalencia año es elevada en las personas que acuden a AP (7%), mientras que en la población general es de 0,6%, siendo más frecuente en mujeres que en varones (OR=1,63). El TP suele cursar con otros trastornos mentales en el 70% de los casos, lo que suele deteriorar la calidad de vida de estos pacientes. A pesar de ser el trastorno de ansiedad que genera mayor incapacidad e hiperfrecuentación de los servicios médicos, no se diagnostica correctamente en la mitad de los casos y pocas veces recibe un tratamiento mínimamente adecuado, lo que a la larga produce más abandonos y recaídas. Se requieren esfuerzos por diseminar los tratamientos y los programas de prevención basados en la evidencia científica, que han demostrado ser más eficaces que la práctica habitual.

Palabras clave: Atención primaria, Trastorno de pánico, Prevalencia, Comorbilidad, Tratamiento cognitivo conductual.

The aim of this work is to analyze the prevalence and comorbidity of panic disorder (PD) in Primary Care (PC) settings, the percentage of patients correctly diagnosed and treated, and the efficacy and scientific adequacy of treatments applied in this context. Results show that in Spain, the one-year prevalence of PD is high in the PC setting (7%), while it is 0.6% in the general population, affecting more women than men (OR=1.63). PD is comorbid with other mental disorders in 70% of the cases, deteriorating patients' quality of life. Of all anxiety disorders, PD is the most incapacitating and the one that generates a higher number of medical visits. In spite of this, 50% of PD patients are misdiagnosed and very few receive "minimally adequate treatment" which in the long term produces high dropout and relapse rates. An active effort must be made to disseminate evidence based prevention and treatment programs that show higher efficacy than conventional treatment.

Key words: Primary Care, Panic disorder, Prevalence, Comorbidity, Cognitive-behavioural treatment.

De acuerdo con la DSM-IV TR, un ataque de pánico consiste en la aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de cuatro (o más) de los siguientes síntomas somáticos y/o cognitivos, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos: elevación de la frecuencia cardíaca, sudoración, temblores, sensación de ahogo, sensación de atragantarse, opresión torácica, náuseas o molestias abdominales, mareo o desmayo, desrealización o despersonalización, miedo a perder el control o volverse loco, miedo a morir, parestias, y escalofríos o sofocos. El TP, por otra parte, se caracteriza por una historia de ataques de pánico recurrentes e inesperados en la que al menos un ataque de pánico se ha acompañado (durante al menos un mes) de inquietud persistente ante la posibilidad de tener un nuevo ataque o preocupación por las posibles conse-

cuencias y/o un cambio significativo del comportamiento relacionado con los ataques de pánico.

El modelo cognitivo del pánico (Clark et al., 1997) defiende que los ataques de pánico son el resultado de interpretar de modo catastrófico ciertas sensaciones corporales, en su mayoría relacionadas con respuestas de ansiedad (palpitaciones, sudores, falta de aliento, mareos, etc.). Estas sensaciones benignas son percibidas como si fueran mucho más peligrosas de lo que realmente son (e.g., se tiende a pensar que una elevación de la frecuencia cardíaca puede desatar un infarto) y es esta interpretación catastrofista la que favorece el desarrollo de TP.

En un meta-análisis de 12 estudios de población general en Europa (Wittchen & Jacobi, 2005) se encontró para el TP una prevalencia año del 1,8%, con un rango entre 0,7 y 3,1. Este estudio recoge los datos de ESE-MeD (European Study of the Epidemiology of Mental Disorders) promovido por la OMS (Alonso et al., 2004a) en seis países europeos (Alemania, Bélgica, Francia, Holanda, Italia, España), en el que se obtuvo una prevalen-

cia año de 0,8% (0,6-1,0); resultando algo menor en España (Haro et al., 2006), con un 0,6% (0,4-0,8). La prevalencia vida en Europa fue del 2,1% (1,9-2,3) y en España 1,7% (1,3-2,1).

Según la National Comorbidity Survey-Replication (NCS-R), en USA la prevalencia del TP en la población general (N=9282) en los últimos 12 meses fue del 2,7% (Kessler, Chiu, Demler, Merikangas, & Walters, 2005), es decir, 3,4 veces superior a la del estudio ESEMeD-Europa y 4,5 veces superior a la española. A lo largo de la vida, se obtuvo un 3,7% (es decir, 1,8 veces superior a la tasa europea y 2,2 veces superior a la de España). Además, un 22,7% de la población había tenido algún ataque de pánico a lo largo de la vida (Kessler et al., 2006). Por otro lado, en el Health Care for Communities study (Bystritsky et al., 2010), otra encuesta de población de USA (N=9585), se encontró una prevalencia del 40% en pánico subclínico. Como se puede observar existen importantes diferencias entre USA y Europa, pero el pánico afecta ampliamente a la población.

Desde hace décadas, se sabe que el TP es mucho más elevado en las consultas de Atención Primaria (AP) que en población general (Katon, 1986). En AP, su prevalencia hasta hace unos años no era muy bien conocida y se estimaba en torno a un 4% de promedio, según una revisión de 8 estudios relevantes realizados en los años 90 (Roy-Byrne, Wagner, & Schraufnagel, 2005b), siendo mucho mayor en pacientes con problemas cardiovasculares (20% al 50%) o gastrointestinales (28% al 40%). En España se encontró con el PRIME-MD (Spitzer et al., 1994) una prevalencia actual del 2,2% (Baca Baldomero et al., 1999). Pero actualmente se están publicando estudios epidemiológicos sobre TP en AP que conviene revisar, aclarando las diferencias debidas al método (entrevistas, pruebas de cribado, detección por el médico de AP), así como a otras variables (i.e., países). A su vez, es necesario conocer qué porcentaje de estos pacientes son detectados, cuántos reciben tratamiento, porcentaje de abandonos, etc.

A su vez, se sabe que las personas con TP suelen presentar una elevada comorbilidad, especialmente con el trastorno depresivo mayor (Dunner, 1998) y con condiciones físicas crónicas, así como un claro deterioro de su calidad de vida y una alteración en el funcionamiento social y de pareja (Birchall, Brandon, & Taub, 2000). Sin embargo, no tenemos una idea clara sobre la magnitud de si dicha comorbilidad se mantiene o se ha modificado, especialmente en España.

Por otro lado, el tratamiento cognitivo-conductual (TCC) del TP ha demostrado una buena eficacia y eficiencia (Arntz, 2002; McHugh et al., 2007; NICE, 2011), pero en AP todavía se sigue utilizando mayoritariamente el tratamiento farmacológico tradicional, que ni siquiera se adecua a las directrices basadas en la evidencia científica (Cano-Vindel, 2011; Fernandez et al., 2006). No obstante, en AP, dada la escasez de recursos frente a la elevada demanda, se requieren unas condiciones especiales de aplicación de las TCC (i.e., tratamiento en grupo, número reducido de sesiones, etc.) y es necesario revisar la eficacia y la eficiencia de estas técnicas en este contexto.

El objetivo de esta investigación es llevar a cabo una revisión de la literatura científica con los siguientes propósitos: (1) analizar la prevalencia del TP en las consultas de AP y su comorbilidad con otros trastornos; (2) estudiar los porcentajes en AP de pacientes detectados, tratados y tipos de tratamiento recibidos; y (3) revisar la eficacia, eficiencia y adecuación de los tratamientos a la evidencia científica.

MÉTODO

Se ha llevado a cabo una revisión de la literatura científica obtenida a través de las bases de datos Web of Science, PsycInfo, Pubmed y ScienceDirect, utilizando las palabras clave ("panic disorder") AND ("primary care" OR "primary health care" OR "family practice") en los campos *key word* (MeSH Major Topic) de las diferentes bases de datos.

RESULTADOS

Epidemiología: prevalencia y comorbilidad

Los estudios epidemiológicos más recientes son en general más sólidos desde una perspectiva metodológica y arrojan prevalencias más altas del TP en AP que entre la población general, especialmente en pacientes con enfermedades cardiovasculares, respiratorias, gastrointestinales, con disfunciones vestibulares y problemas tiroideos frente a individuos físicamente sanos (Gili et al., 2010; Simon & Fischmann, 2005). En el estudio PRE-DICT, llevado a cabo en centros de AP de 6 países europeos (incluido España), se encontró una prevalencia vida evaluada con el PHQ, Patient Health Questionnaire (Spitzer, Kroenke, & Williams, 1999) superior al 7%, siendo de 5,6% en varones y 9,2% en mujeres, con valores más altos para España, cercanos a un 9%, con un 5,9% en varones y 11,6% en mujeres (King et al., 2008). Otra in-

investigación, centrada en Cataluña (Serrano-Blanco et al., 2010), encontró mediante entrevista diagnóstica una prevalencia vida para el TP del 8,8% y una prevalencia año del 7%, con un 3,9% para varones y un 8,8% para mujeres. En otro estudio con una amplia muestra de pacientes de AP (N=7.936) distribuidos proporcionalmente por toda España, utilizando el PRIME-MD en lugar de una entrevista diagnóstica, se obtuvo una prevalencia actual algo mayor, del 9,7%, con 6,8% para varones y 11,5% para mujeres (Roca et al., 2009). Aunque no hay muchos estudios y no siempre son comparables, posiblemente, la prevalencia vida del TP en AP en España (8,8%, con entrevistas diagnósticas) es probablemente igual o ligeramente inferior a la hallada en EE.UU., que fue del 6,8% (Kroenke, Spitzer, Williams, Monahan, & Lowe, 2007), medida con el PHQ y del 9,5% (Kroenke, Spitzer, Williams, & Lowe, 2010; Marks, Wegelin, Bourgeois, & Perkins, 2010) con el MINI (Mini-International Neuropsychiatric Interview). Además, es probable que la prevalencia actual del TP en España haya aumentado (2,2% vs. 9,7%) en una década si comparamos los estudios de Baca Baldomero et al. (1999) y Roca et al. (2009) realizados con el mismo instrumento de cribado (PRIME-MD).

Como se viene observando, la tasa de prevalencia del TP en AP es siempre mayor para mujeres que para varones, no existiendo diferencias sobre esta proporción (OR=1,63; IC 95%: 1,2-2,2) entre los 15 países de cuatro continentes en los que se llevó a cabo uno de los primeros estudios (hace casi 20 años) con más de 26.000 pacientes, el "Psychological Problems in General Health Care" de la OMS (Sartorius et al., 1993), por lo que es muy probable que la mayor prevalencia de la mujer (2,8%) frente al varón (1,5%) se deba a factores de tipo biológico y psicológico más que cultural (Gater et al., 1998).

Tanto en España como en otros países, se sigue encontrando asociación entre pánico y problemas de salud física (Gili et al., 2010). De esta forma, existe relación entre pánico y desórdenes digestivos (Lydiard et al., 1994), o entre pánico e hipertensión (Davies et al., 1999), así como entre pánico y riesgo cardiovascular, tal y como reflejan los resultados de un estudio con cerca de 3.500 mujeres mayores de 50 años, que revela que uno o varios ataques de pánico están asociados con un riesgo entre 3 y 4 veces mayor de sufrir infarto de miocardio durante los 5 años posteriores (Smoller et al., 2007). En las encuestas de población promovidas por la

OMS en diferentes países se encontró una OR=2,7 entre padecer una enfermedad del corazón y el pánico (Ormel et al., 2007). En la AP de nuestro país, Pascual et al. (2008) compararon una muestra de 130 pacientes con TP con/sin agorafobia y agorafobia sin ataques de pánico con otros tipos de pacientes atendidos en una consulta de AP y encontraron que los primeros presentaban un mayor riesgo de sufrir cefaleas (OR=4,2), cardiopatía (3,9), trastornos osteomusculares (3,8) y digestivos (2,0). En otro estudio se encontró una OR=2,0 entre trastornos mentales (incluido el TP) y trastornos gastrointestinales; además, el 14,5% de los pacientes con estos problemas físicos cumplieron los criterios de TP (Roca et al., 2009).

También existe comorbilidad entre TP y otros problemas de salud mental. El TP suele cursar junto con otros trastornos mentales en el 70% de los casos (Roy-Byrne et al., 1999), siendo la depresión el trastorno comórbido más común (OR=5,39), seguido de la fobia social (OR=5,15), en la AP de nuestro país (Serrano-Blanco et al., 2010). Según datos del NCS-R (Dunner, 1998), el 56% de los pacientes diagnosticados de TP presentan una historia de trastorno depresivo mayor y el 22% de los pacientes con depresión han sufrido ataques de pánico a lo largo de la vida. Así, la presencia de comorbilidad está asociada a unos síntomas de ansiedad y depresión más severos, una mayor tasa de suicidios (Pillowsky et al., 2006), una mayor frecuencia de distintas condiciones comórbidas, una peor respuesta y adherencia al tratamiento (Lecrubier, 1998) y un mayor riesgo de trastornos somatomorfos (Roca et al., 2009).

Pacientes detectados y tratados

Las personas con trastornos mentales del estudio ESE-MeD presentan una tasa de frecuentación en AP 19,1 veces superior a los ciudadanos sin trastornos y sin síntomas subclínicos (Alonso et al., 2007). Los pacientes que sufren de TP, frente a otros trastornos de ansiedad, visitan más frecuentemente las consultas de AP y de Salud Mental (Fernandez et al., 2006; Roy-Byrne et al., 2005b). En España, los pacientes con TP utilizan aproximadamente 4 veces más los servicios de psiquiatría frente a los de psicología, reciben tratamiento por parte de distintos profesionales en mayor porcentaje (49,3%) que otros trastornos emocionales (Fernandez et al., 2006) y suponen la primera causa de derivación desde las consultas de AP (46,3%) a los servicios de salud mental (Martín et al., 2009). Además, diversos estudios señalan que aproximadamente la mitad de los pacientes con TP

no se diagnostican correctamente en AP (Kroenke et al., 2007; Zajacka, 1997). Por otro lado, un estudio controlado nos demuestra que sólo el 64% de los pacientes diagnosticados correctamente con TP recibe algún tipo de tratamiento farmacológico y/o psicológico (Roy-Byrne et al., 1999). Además, esta cifra disminuye considerablemente si se evalúa "tratamiento adecuado", pues en otro estudio se detectó que menos de una tercera parte de los pacientes que cumplían los criterios de diversos trastornos de ansiedad recibieron psicoterapia o farmacoterapia mínimamente adecuada (Stein et al., 2004). En España, el porcentaje de pacientes con TP que recibieron un tratamiento mínimamente adecuado por parte de su psiquiatra (29,6%) y su psicólogo (23,0%) fue aún menor (Fernandez et al., 2006). Es decir, no sólo no se identifican correctamente la mitad de los casos de TP, sino que menos de la mitad de éstos recibe tratamiento, independientemente de que se adecue o no a la evidencia científica. Posiblemente por ello, el resultado de este proceso es la hiperfrecuentación de estos pacientes en las consultas de AP y la cronificación del TP.

Tipos de tratamiento recibidos

El estado de la cuestión en Europa muestra que el 52,5% de los pacientes con pánico consume ansiolíticos, antidepresivos, o alguna otra sustancia psicoactiva, frente al 10,1% de personas sin trastorno mental (Alonso et al., 2004b). Además, el 60-70% de las personas que tienen un diagnóstico de trastorno de ansiedad a lo largo de la vida, lo ha tenido activo en el último año (Kessler, 2007), a pesar de que existe solución basada en la evidencia científica (Richards & Suckling, 2009). Por otro lado, la utilización exclusiva de tratamiento farmacológico produce más abandonos (especialmente después de las tres primeras visitas, según el estudio ESEMeD) y recaídas (Gould, Otto, & Pollack, 1995; Katon, 1986; Katschnig et al., 1995; Pinto-Meza et al., 2011). Todos estos datos vienen a resaltar, como ya señaló Ehlers hace años (1995), que el tratamiento convencional produce una alta cronicidad del TP.

Según la APA, los únicos dos tratamientos bien establecidos para el TP son el Tratamiento del Control del Pánico (Barlow & Craske, 2007; Barlow, Craske, Cerny, & Klosko, 1989) y la Terapia Cognitiva para el TP (Clark, 1986; Salkovskis, Clark, & Hackmann, 1991). Según un meta-análisis (Barlow, Raffa, & Cohen, 2002), los resultados de ambos tratamientos son altamente eficaces a largo plazo. El tratamiento del TP con TCC, que incluye

las aportaciones más recientes sobre reestructuración cognitiva, consigue eliminar el trastorno en pocas sesiones con una eficacia del 85% y manteniendo la ausencia de ataques de pánico en el seguimiento (National Institute of Mental Health, 1993; Otto, Smits, & Reese, 2004; Wood, 2008).

Está demostrado 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). Así, Martín et al. (2009) aplicaron un programa de tratamiento del control del pánico a un grupo de 201 pacientes con TP con o sin agorafobia crónicos, la mayoría en tratamiento farmacológico, obteniendo una notable disminución en ansiedad hasta niveles considerados dentro de la normalidad. A su vez, otro estudio halló que la tasa de remisión del TP en AP fue aproximadamente el doble cuando se combinó TCC con farmacoterapia (en 6 sesiones de tratamiento más 6 de seguimiento) frente al tratamiento convencional (Roy-Byrne et al., 2005a).

La guía del Instituto Nacional de Excelencia Clínica y de la Salud de Gran Bretaña recomienda (NICE, 2011), con el nivel de evidencia más elevado, la TCC por sí sola dada su elevada eficacia a largo plazo y a continuación los antidepresivos (ISRS), coincidiendo con los resultados de una revisión sistemática de la literatura científica sobre las alternativas terapéuticas del TP en AP llevada a cabo recientemente (Navarro-Mateu, Garriga-Puerto, & Sanchez-Sanchez, 2010).

Sin embargo, en AP muy pocos pacientes reciben TCC en primer lugar. Un estudio controlado realizado con 81 pacientes con TP en EE.UU. (Roy-Byrne et al., 1999) encontró que únicamente el 42% recibió medicación y 36% psicoterapia. En el seguimiento a los 4-10 meses, el 85% seguía cumpliendo los criterios diagnósticos del TP y sólo el 22% había recibido la medicación adecuada (tipo y/o dosis) y 12% el tratamiento psicológico adecuado (i.e., TCC). Si añadimos el hecho constatado de que los pacientes con TP presentan una baja adherencia al tratamiento ofrecido en AP, en parte por la falta de tiempo para ofrecer una adecuada psicoeducación y un correcto seguimiento (Latorre, López-Torres, Montañés, & PARRA, 2005; Roy-Byrne et al., 2005b), entenderemos mejor estos resultados. Otra investigación (N = 363 pacientes con distintos trastornos de ansiedad, incluido TP), llevada a cabo en distintas consultas de AP, encontró que menos del 10% de los pacientes había recibido algún elemento de la TCC por parte de un profesional en

Salud Mental en los últimos 3 meses (Stein et al., 2004) y únicamente el 25% había recibido el tratamiento farmacológico adecuado.

En España, el panorama es todavía más desalentador dado que la utilización de tratamiento psicológico adecuado es considerablemente menor que en EE.UU. A pesar de que únicamente el 30% de los españoles con trastorno de ansiedad solicita atención sanitaria, sólo el 0,9% de éstos recibe tratamiento psicológico, un 27,1% tratamiento psicológico y farmacológico, mientras que un 33% recibe tratamiento exclusivamente farmacológico y el 39% no recibe ningún tratamiento (Codony et al., 2007b).

En resumen, el tipo de tratamiento utilizado suele ser predominantemente farmacológico a pesar de que la evidencia científica recomienda la aplicación de la TCC en primer lugar. El porcentaje de pacientes que reciben exclusivamente el tratamiento con mayor evidencia empírica (i.e., TCC) no supera el 12% en EE.UU. y el 1% en España. Como consecuencia de ello, las tasas de eficacia son considerablemente bajas.

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

En España, la prevalencia año del TP en AP medida con entrevista es muy alta (7%), tan sólo 1,4 veces inferior a la de USA (que es del 9,5%, cuando cabría esperar que la nuestra fuese bastante menor, puesto que en la población general es 4,5 veces menor que la de USA, 0,6% vs. 2,7%). Esta discordancia podría deberse a una mayor cobertura de la AP en España, pero también podría ser un indicador de los problemas de nuestro sistema, que no está resolviendo los problemas del TP y, en este sentido, hay alguna prueba de que la prevalencia ha aumentado en los últimos 10 años.

Asimismo, se confirma que en AP se sigue utilizando mayormente el tratamiento farmacológico para combatir el TP y no las TCC, a pesar de la evidencia científica que ha demostrado que estas técnicas psicológicas son más eficaces incluso en grupo (Telch et al., 1993) y son más eficientes que el tratamiento convencional en el contexto de AP (Roberge, Marchand, Reinharz, & Savard, 2008). Sólo el 30% de los españoles con trastorno de ansiedad solicita atención sanitaria (la mayoría por pánico o trastorno de ansiedad generalizada) y menos del 1% de éstos recibe tratamiento exclusivamente psicológico (Codony et al., 2007b). Por otro lado, el tratamiento convencional presenta un escaso cumplimiento de normas sobre una mínima adecuación a la evidencia científ-

fica. Además, sigue habiendo un bajo porcentaje de detección del TP en las consultas de AP. Todo ello, a la larga, probablemente sea lo que explique que se esté produciendo un alto porcentaje de abandonos (Pinto-Meza et al., 2011), recaídas, cronificación, hiperfrecuentación (Alonso et al., 2007), mayores gastos sanitarios y sociales (Batelaan et al., 2007), así como más días de baja y mayor discapacidad (Alonso et al., 2010).

Así, más de la mitad de los pacientes con pánico (52,5%) ha consumido en los últimos 12 meses ansiolíticos (especialmente benzodiazepinas, que a medio plazo producen adicción), antidepresivos, o alguna otra sustancia psicoactiva (Alonso et al., 2004b; Codony et al., 2007a). Este consumo está bastante cronificado, a pesar de que la TCC ha demostrado ser altamente eficaz y eficiente, según las guías clínicas más recientes y fiables (NICE, 2011). Además, no existen programas de prevención y en general son poco conocidos por el personal sanitario (Latorre et al., 2005) los factores de protección y vulnerabilidad para el TP, como el tabaco (Wood, Cano-Vindel, Iruarizaga, Dongil, & Salguero, 2010). De manera que sigue existiendo una brecha importante entre la investigación y la práctica en el tratamiento del pánico, por lo que se requieren muchos más esfuerzos por diseminar los tratamientos y los programas de prevención basados en la evidencia científica.

Por último destacar que aunque las tasas de eficacia a la hora de aplicar programas de TCC en grupo o con ayuda del ordenador o a través de Internet a pacientes con TP no son tan elevadas como cuando se aplica una TCC individualizada y cara a cara, estos programas suelen producir una mejoría clínica y estadísticamente significativa a un menor coste (Reger & Gahm, 2009). Existen programas de TCC a través de Internet que cuentan con apoyo empírico y que podrían utilizarse como herramientas eficaces y económicas para ayudar a reducir las tasas de prevalencia del TP (Kiriopoulou et al., 2008; Reger & Gahm, 2009).

Entre las limitaciones de esta revisión nos gustaría destacar la heterogeneidad de los estudios revisados, la falta de revisiones sistemáticas y meta-análisis, o la escasez de ensayos clínicos controlados y aleatorios. Como ejemplo, señalar que los datos de prevalencia de los distintos estudios recogidos en esta revisión se han obtenido con diferentes instrumentos de cribado (Roca et al., 2009) y entrevistas diagnósticas (Serrano-Blanco et al., 2010), motivo por el cual pueden variar dichas tasas de

un estudio a otro, y no existe un meta-análisis de tales datos. A su vez, muchos de estos estudios han evaluado TP sin tener en cuenta si existía o no comorbilidad con otros trastornos mentales o síntomas físicos y han utilizado tamaños muestrales muy diferentes, lo que dificulta la comparación entre estudios y la generalización de los resultados. Sin embargo, aunque se debe seguir investigando, las conclusiones más importantes de este estudio coinciden bastante con los de otras revisiones clásicas, que ya habían detectado los problemas que siguen sin corregirse.

AGRADECIMIENTOS

El primer autor de este artículo dirige el proyecto de investigación "Crisis de ansiedad: prevalencia y factores de vulnerabilidad en población trabajadora", que ha sido financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación, MICINN (ref. PSI 2008-05332).

REFERENCIAS

Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., et al. (2004a). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, 21-27.

Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., et al. (2004b). Psychotropic drug utilization in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, 55-64.

Alonso, J., Codony, M., Kovess, V., Angermeyer, M. C., Katz, S. J., Haro, J. M., et al. (2007). Population level of unmet need for mental healthcare in Europe. *British Journal of Psychiatry*, 190, 299-306.

Alonso, J., Petukhova, M., Vilagut, G., Chatterji, S., Heeringa, S., Ustun, T. B., et al. (2010). Days out of role due to common physical and mental conditions: results from the WHO World Mental Health surveys. *Molecular Psychiatry*.

Arntz, A. (2002). Cognitive therapy versus interoceptive exposure as treatment of panic disorder without agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 325-341.

Baca Baldomero, E., Saiz Ruiz, J., Aguera Ortiz, L. F., Caballero Martinez, L., Fernandez-Liria, A., Ramos Brieva, J. A., et al. (1999). Prevalencia de los trastor-

nos psiquiatricos en atencion primaria usando el cuestionario PRIME-MD. [Prevalence of psychiatric disorders in primary care using the PRIME-MD questionnaire]. *Atencion Primaria*, 23, 275-279.

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

Barlow, D. H., Craske, M. G., Cerny, J. A., & Klosko, J. S. (1989). Behavioral treatment of panic disorder. *Behavior Therapy*, 20, 261-282.

Barlow, D. H., Raffa, S. D., & Cohen, M. (2002). Psychosocial treatment for panic disorder, phobias and generalized anxiety disorder. In P. E. Nathan & J. M. Gorman (Eds.), *A guide to treatments that work* (2nd ed.). Oxford: Oxford University Press.

Batelaan, N., Smit, F., de Graaf, R., van Balkom, A., Vollebbergh, W., & Beekman, A. (2007). Economic costs of full-blown and subthreshold panic disorder. *Journal of Affective Disorders*, 104, 127-136.

Birchall, H., Brandon, S., & Taub, N. (2000). Panic in a general practice population: prevalence, psychiatric comorbidity and associated disability. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35, 235-241.

Bystritsky, A., Kerwin, L., Niv, N., Natoli, J. L., Abrahami, N., Klap, R., et al. (2010). Clinical and subthreshold panic disorder. *Depression and Anxiety*, 27, 381-389.

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

Clark, D. M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 461-470.

Clark, D. M., Salkovskis, P. M., Ost, L. G., Breitholtz, E., Koehler, K. A., Westling, B. E., et al. (1997). Misinterpretation of body sensations in panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 203-213.

Codony, M., Alonso, J., Almansa, J., Vilagut, G., Domingo, A., Pinto-Meza, A., et al. (2007a). Uso de fármacos psicotropicos en España. Resultados del estudio ESEMeD-España. *Actas Espanolas de Psiquiatria*, 35 Suppl 2, 29-36.

Codony, M., Alonso, J., Almansa, J., Vilagut, G., Domingo, A., Pinto-Meza, A., et al. (2007b). Utilizacion de los servicios de salud mental en la poblacion general espanola. Resultados del estudio ESEMeD-España. [Mental health care use in the Spanish general populations. Results of the ESEMeD-Spain study]. *Actas Espanolas de Psiquiatria*, 35 Suppl 2, 21-28.

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? *Psychological Medicine*, 35, 1645-1654.
- Davies, S. J., Ghahramani, P., Jackson, P. R., Noble, T. W., Hardy, P. G., Hippisley-Cox, J., et al. (1999). Association of panic disorder and panic attacks with hypertension. *American Journal of Medicine*, 107, 310-316.
- Dunner, D. L. (1998). The issue of comorbidity in the treatment of panic. *International Clinical Psychopharmacology*, 13 Suppl 4, S19-24.
- Ehlers, A. (1995). A 1-year prospective study of panic attacks: clinical course and factors associated with maintenance. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 164-172.
- Fernandez, A., Haro, J. M., Codony, M., Vilagut, G., Martinez-Alonso, M., Autonell, J., et al. (2006). Treatment adequacy of anxiety and depressive disorders: primary versus specialised care in Spain. *Journal of Affective Disorders*, 96, 9-20.
- Gater, R., Tansella, M., Korten, A., Tiemens, B. G., Mavreas, V. G., & Olatawura, M. O. (1998). Sex differences in the prevalence and detection of depressive and anxiety disorders in general health care settings: report from the World Health Organization Collaborative Study on Psychological Problems in General Health Care. *Archives of General Psychiatry*, 55, 405-413.
- Gili, M., Comas, A., Garcia-Garcia, M., Monzon, S., Antoni, S. B., & Roca, M. (2010). Comorbidity between common mental disorders and chronic somatic diseases in primary care patients. *General Hospital Psychiatry*, 32, 240-245.
- 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.
- Haro, J. M., Palacin, C., Vilagut, G., Martinez, M., Bernal, M., Luque, I., et al. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España [Prevalence of mental disorders and associated factors: results from the ESEMeD-Spain study]. *Medicina Clinica*, 126, 445-451.
- Katon, W. (1986). Panic disorder: epidemiology, diagnosis, and treatment in primary care. *Journal of Clinical Psychiatry*, 47 Suppl, 21-30.
- Katschnig, H., Amering, 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. *British Journal of Psychiatry*, 167, 487-494.
- Kessler, R. C. (2007). The global burden of anxiety and mood disorders: putting the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) findings into perspective. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68 Suppl 2, 10-19.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 617-627.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Jin, R., Ruscio, A. M., Shear, K., & Walters, E. E. (2006). The epidemiology of panic attacks, panic disorder, and agoraphobia in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 63, 415-424.
- 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. *British Journal of Psychiatry*, 192, 362-367.
- Kiropoulos, L. A., Klein, B., Austin, D. W., Gilson, K., Pier, C., Mitchell, J., et al. (2008). Is internet-based CBT for panic disorder and agoraphobia as effective as face-to-face CBT? *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 1273-1284.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B., & Lowe, B. (2010). The Patient Health Questionnaire Somatic, Anxiety, and Depressive Symptom Scales: a systematic review. *General Hospital Psychiatry*, 32, 345-359.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B., Monahan, P. O., & Lowe, B. (2007). Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Annals of Internal Medicine*, 146, 317-325.
- Latorre, J. M., López-Torres, J., Montañés, J., & Parra, M. (2005). Percepción de la demanda y necesidad de formación de los médicos de atención primaria en salud mental. *Atención Primaria*, 36, 85-92.
- Leclubier, Y. (1998). The impact of comorbidity on the treatment of panic disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59 Suppl 8, 11-14; discussion 15-16.
- Lydiard, R. B., Greenwald, S., Weissman, M. M., Johnson, J., Drossman, D. A., & Ballenger, J. C. (1994). Panic disorder and gastrointestinal symptoms: findings from the NIMH Epidemiologic Catchment Area project. *American Journal of Psychiatry*, 151, 64-70.
- Marks, S. L., Wegelin, J. A., Bourgeois, J. A., & Perkins, J. (2010). Anxiety disorders in rural primary care: use

- of the MINI to estimate prevalence in clinic patients. *J Health Care Poor Underserved*, 21, 680-690.
- Martín, J. C., Garriga, A., Pujalte, M. L., Balanza, P., San Llorente, C., Guijarro, A., et al. (2009). Generalización y efectividad de la aplicación del modelo de control de pánico en centros de salud mental. Una estrategia de benchmarking. *Psicología.com*, 13.
- McHugh, R. K., Otto, M. W., Barlow, D. H., Gorman, J. M., Shear, M. K., & Woods, S. W. (2007). Cost-efficacy of individual and combined treatments for panic disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68, 1038-1044.
- National Institute of Mental Health, N. I. M. H. (1993). *Understanding panic disorder*. Washington, D.C: U.S. Department of Health and Human Services.
- Navarro-Mateu, F., Garriga-Puerto, A., & Sanchez-Sanchez, J. A. (2010). Análisis de las alternativas terapéuticas del trastorno de pánico en atención primaria mediante un árbol de decisión. [Tree decision analysis of the therapeutic alternatives for Panic Disorders in Primary Care]. *Atencion Primaria*, 42, 86-94.
- NICE. (2011). *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>
- Ormel, J., Von Korff, M., Burger, H., Scott, K., Demyttenaere, K., Huang, Y.-q., et al. (2007). Mental disorders among persons with heart disease — results from World Mental Health surveys. *General Hospital Psychiatry*, 29, 325-334.
- Otto, M. W., Smits, J. A., & Reese, H. E. (2004). Cognitive-behavioral therapy for the treatment of anxiety disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65 Suppl 5, 34-41.
- Pascual, J. C., Castano, J., Espluga, N., Diaz, B., Garcia-Ribera, C., & Bulbena, A. (2008). Enfermedades somáticas en pacientes con trastornos de ansiedad. [Somatic conditions in patients suffering from anxiety disorders]. *Medicina Clinica*, 130, 281-285.
- Pilowsky, D. J., Olfson, M., Gameroff, M. J., Wickramaratne, P., Blanco, C., Feder, A., et al. (2006). Panic disorder and suicidal ideation in primary care. *Depression and Anxiety*, 23, 11-16.
- Pinto-Meza, A., Fernandez, A., Bruffaerts, R., Alonso, J., Kovess, V., De Graaf, R., et al. (2011). Dropping out of mental health treatment among patients with depression and anxiety by type of provider: results of the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46, 273-280.
- Reger, M. A., & Gahm, G. A. (2009). A meta-analysis of the effects of internet- and computer-based cognitive-behavioral treatments for anxiety. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 53-75.
- Richards, D. A., & Suckling, R. (2009). Improving access to psychological therapies: phase IV prospective cohort study. *British Journal of Clinical Psychology*, 48, 377-396.
- Roberge, P., Marchand, A., Reinharz, D., & Savard, P. (2008). Cognitive-behavioral treatment for panic disorder with agoraphobia: a randomized, controlled trial and cost-effectiveness analysis. *Behavior Modification*, 32, 333-351.
- Roca, M., Gili, M., Garcia-Garcia, M., Salva, J., Vives, M., Garcia Campayo, J., et al. (2009). Prevalence and comorbidity of common mental disorders in primary care. *Journal of Affective Disorders*, 119, 52-58.
- Roy-Byrne, P. P., Craske, M. G., Stein, M. B., Sullivan, G., Bystritsky, A., Katon, W., et al. (2005a). A randomized effectiveness trial of cognitive-behavioral therapy and medication for primary care panic disorder. *Archives of General Psychiatry*, 62, 290-298.
- Roy-Byrne, P. P., Stein, M. B., Russo, J., Mercier, E., Thomas, R., McQuaid, J., et al. (1999). Panic disorder in the primary care setting: comorbidity, disability, service utilization, and treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, 492-499; quiz 500.
- Roy-Byrne, P. P., Wagner, A. W., & Schraufnagel, T. J. (2005b). Understanding and treating panic disorder in the primary care setting. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66 Suppl 4, 16-22.
- Salkovskis, P. M., Clark, D. M., & Hackmann, A. (1991). Treatment of panic attacks using cognitive therapy without exposure or breathing retraining. *Behaviour Research and Therapy*, 29, 161-166.
- Sartorius, N., Ustun, T. B., Costa e Silva, J. A., Goldberg, D., Lecrubier, Y., Ormel, J., et al. (1993). An international study of psychological problems in primary care. Preliminary report from the World Health Organization Collaborative Project on 'Psychological Problems in General Health Care'. *Archives of General Psychiatry*, 50, 819-824.
- Serrano-Blanco, A., Palao, D. J., Luciano, J. V., Pinto-Meza, A., Lujan, L., Fernandez, A., et al. (2010). Pre-

- valence of mental disorders in primary care: results from the diagnosis and treatment of mental disorders in primary care study (DASMAP). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45, 201-210.
- Simon, N. M., & Fischmann, D. (2005). The implications of medical and psychiatric comorbidity with panic disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66 Suppl 4, 8-15.
- Smoller, J. W., Pollack, M. H., Wassertheil-Smoller, S., Jackson, R. D., Oberman, A., Wong, N. D., et al. (2007). Panic attacks and risk of incident cardiovascular events among postmenopausal women in the Women's Health Initiative Observational Study. *Archives of General Psychiatry*, 64, 1153-1160.
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., & Williams, J. B. (1999). Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire. *JAMA*, 282, 1737-1744.
- Spitzer, R. L., Williams, J. B., Kroenke, K., Linzer, M., deGruy, F. V., 3rd, Hahn, S. R., et al. (1994). Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 study. *JAMA*, 272, 1749-1756.
- Stein, M. B., Sherbourne, C. D., Craske, M. G., Means-Christensen, A., Bystritsky, A., Katon, W., et al. (2004). Quality of care for primary care patients with anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 161, 2230-2237.
- Telch, M. J., Lucas, J. A., Schmidt, N. B., Hanna, H. H., LaNae Jaimez, T., & Lucas, R. A. (1993). Group cognitive-behavioral treatment of panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 279-287.
- Wittchen, H. U., & Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe--a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, 15, 357-376.
- Wood, C. M. (2008). Doce sesiones de tratamiento cognitivo conductual en un caso de Trastorno de Pánico con Agorafobia. *Ansiedad y Estrés*, 14, 231-251.
- Wood, C. M., Cano-Vindel, A., Iruarrizaga, I., Dongil, E., & Salguero, J. M. (2010). Relaciones entre estrés, tabaco y Trastorno de Pánico. *Ansiedad y Estrés*, 16, 309-325.
- Zajecka, J. (1997). Importance of establishing the diagnosis of persistent anxiety. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58 Suppl 3, 9-13; discussion 14-15.