

Trastornos de ansiedad

Fecha de la última revisión: 18/12/2015

Índice de contenidos

1. [¿De qué hablamos?](#)
2. [¿Cómo se diagnostica?](#)
3. [¿Cómo se trata?](#)
4. [Bibliografía](#)
5. [Más en la red](#)
6. [Autores](#)

¿De qué hablamos?

La ansiedad es una respuesta anticipatoria de un daño o desgracia futura acompañada de un sentimiento de disforia desagradable, síntomas somáticos de tensión o conductas evitativas (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, 2008).

La ansiedad como sensación o estado emocional normal constituye una respuesta habitual ante situaciones estresantes. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y motiva a la persona a adoptar las medidas necesarias para enfrentarse a esa amenaza (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, 2008).

Tan sólo cuando sobrepasa cierta intensidad o duración o supera la capacidad adaptativa de la persona y provoca malestar o deterioro significativo con síntomas físicos y psicológicos se puede considerar patológica (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, 2008).

Es un motivo de consulta muy frecuente en atención primaria y es el problema de salud mental más prevalente. La mayoría de las veces se presenta con síntomas muy inespecíficos, que se pueden enmascarar somáticamente y en casi la mitad de los casos no es diagnosticada correctamente. Es más frecuente en mujeres (Roberge P, 2015; Wittchen HU, 2011).

La ansiedad puede acompañarse de síntomas físicos o psicológicos entre los que destacan (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, 2008; American Psychiatric Association, 2014):

Síntomas físicos:

- Sudoración, sequedad de boca, mareo, inestabilidad.
- Temblor, tensión muscular, cefaleas, parestesias.
- Palpitaciones, dolor precordial, disnea.
- Náuseas, vómitos, dispepsia, diarrea, estreñimiento, aerofagia, meteorismo.
- Micción frecuente.
- Problemas en la esfera de lo sexual.

Síntomas psicológicos:

- Preocupación, aprensión, sensación de agobio.
- Miedo a perder el control, sensación de muerte inminente.
- Dificultades para la concentración, quejas de pérdidas de memoria.
- Irritabilidad, desasosiego, inquietud.
- Conductas de evitación de determinadas situaciones, inhibición psicomotora, obsesiones o compulsiones.

Los trastornos de ansiedad son susceptibles de valoración y ordenamiento según criterios diagnósticos operativos que pueden utilizarse tanto en la investigación como en la clínica. Las dos clasificaciones más importantes son el DSM-5 (Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales de la American Psychiatric Association) y la CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud).

Tabla 1. Clasificación de los trastornos de ansiedad según el DSM-5 y la CIE-10. (American Psychiatric Association, 2014; Organización Panamericana de la Salud, 2010)	
DSM-5	CIE-10
Trastornos de ansiedad	Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos
Trastorno de ansiedad por separación.	
Mutismo selectivo.	
	Trastorno de ansiedad fóbica:
Agorafobia.	• Agorafobia.
	• Sin trastorno de pánico.
	• Con trastorno de pánico.

Trastorno de ansiedad social.	Fobia social.
Fobia específica.	Fobias específicas (aisladas).
	Otros trastornos de ansiedad fóbica.
	Trastorno de ansiedad fóbica sin especificación.
Trastorno de pánico.	Trastorno de pánico.
Trastorno de ansiedad generalizada.	Trastorno de ansiedad generalizada.
	Trastorno mixto ansioso-depresivo.
	Otro trastorno mixto de ansiedad.
	Otros trastornos de ansiedad especificada.
	Otros trastornos de ansiedad no especificado.
	Trastorno obsesivo-compulsivo.
	Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación.
	Trastornos disociativos (de conversión).
	Trastornos somatomorfos.
	Otros trastornos neuróticos.

Los cambios más relevantes del DSM-5 respecto al DSM-IV en relación a los trastornos de ansiedad son (American Psychiatric Association, 2014; Tortella-Feliu M, 2014):

- El trastorno obsesivo-compulsivo y el trastorno por estrés postraumático, aunque sigue considerándose su estrecha relación con los trastornos por ansiedad, ya no se incluyen en este apartado.
- El trastorno de ansiedad por separación y el mutismo selectivo, antes incluidos en los trastornos con inicio habitual en la infancia, la niñez o la adolescencia, se incluyen dentro de esta entidad ya que se considera que pueden tener su inicio mas allá de los 18 años.
- El trastorno por angustia y la agorafobia se erigen como diagnósticos independientes que se codifican por separado.

¿Cómo se diagnostica?

Para establecer un diagnóstico de los trastornos de ansiedad, el instrumento más importante es la entrevista clínica. La entrevista semiestructurada, que combina la técnica de una entrevista dirigida y una entrevista libre, puede ser la más apropiada, con un estilo amigable y sin prisas.

La técnica de escucha activa, asentir con la cabeza, el empleo de frases tales como “continúe por favor”, “podría explicarme...” estimulan al paciente a dar una descripción minuciosa acerca de sus problemas e inquietudes, tomándolas con seriedad. Inicialmente se deben utilizar preguntas abiertas para posteriormente realizar preguntas más directas para aclarar ciertos temas. Se debe mantener el contacto ocular durante la mayor parte del tiempo. Se deben explorar también creencias, expectativas, contenido del pensamiento, afectividad y personalidad (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, 2008; Borrell F, 2004).

Este abordaje durante la entrevista tiende a reducir la sensación de aislamiento social de los pacientes y promueve su autoconfianza. Cuando el profesional haciendo uso de lo que sería el buen arte de la entrevista clínica, construye una relación desde la escucha activa, valida los sentimientos e ideas del paciente, favorece la expresión de emociones y desde ahí reconforta, disiente, informa, negocia y refuerza la autonomía (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, 2008; Borrell F, 2004).

Existen numerosas escalas que pueden ser útiles para completar una adecuada valoración y reforzar el diagnóstico elaborado mediante la entrevista clínica: escala de ansiedad de Goldberg, escala hospital, ansiedad y depresión, escala de Hamilton para la ansiedad, clinical anxiety scale, physician questionnaire, etc.

Tabla 2. Características principales útiles para el diagnóstico diferencial. (American Psychiatric Association, 2014; Combs H, 2014; Herr NR, 2014; Pilling S, 2013; Bisson JI, 2007; van der Kolk BA, 1996)	
Trastorno adaptativo	Aparece tras un cambio biográfico significativo o un acontecimiento vital estresante (duelo, separación, problema médico, problemas económicos, emigración) y presenta alteraciones emocionales que interfieren con la actividad social. El acontecimiento guarda una relación clara con la circunstancia estresante, de modo que el trastorno suele iniciarse en el mes posterior (nunca más allá de tres meses) y los síntomas rara vez exceden de los 6 meses.
Fobia social	Miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas. Por ejemplo: mantener una conversación, ser observado, dar una charla.
Fobia específica	Nerviosismo, temor marcado persistente y excesivo o irracional de forma inapropiada en presencia de un objeto o en una situación concreta, o cuando anticipa que se va a encontrar con él, intentando evitar dicho objeto o situación.
Trastorno de pánico	Aparición súbita de miedo intenso o de malestar intenso que alcanza su máxima expresión en minutos con clínica como palpitaciones, sudoración, temblor, sensación de ahogo, dolor en el tórax, sensación de mareo, inestabilidad, desrealización, etc.
Trastorno de ansiedad inducido por drogas	Síntomas prominentes de pánico o ansiedad debido a los efectos de una sustancia (droga de abuso, medicamento o toxina). Los síntomas se desarrollan durante o poco después de la intoxicación, durante la abstinencia de alguna sustancia o después de la exposición a un medicamento.
Trastorno obsesivo-compulsivo	Presencia de obsesiones (pensamientos, imágenes o impulsos de naturaleza repetitiva y persistente) o compulsiones, conductas de carácter repetitivo que el individuo se siente impulsado a realizar en respuesta a una obsesión o de acuerdo a unas normas que se deben aplicar de manera rígida.

Trastorno por estrés postraumático	Se caracteriza por pensamientos intrusivos y <i>flashbacks</i> de sucesos estresantes que fueron traumáticos, con conductas de evitación de situaciones que estén relacionadas a ese hecho, hipervigilancia y trastornos del sueño, todo lo cual causa un problema social y ocupacional importante.
	El agente estresante suele ser una experiencia estresante que implica una seria amenaza para la seguridad o integridad física del individuo o sus personas queridas (catástrofes naturales, accidentes, atracos, violaciones, etc.) o un cambio brusco y amenazador del entorno social del individuo (pérdida de varios seres queridos, incendio de la vivienda).
Trastorno mixto ansioso-depresivo	Existen síntomas de ansiedad y de depresión a un nivel leve-moderado, sin que predomine una sobre la otra ni que una sea lo suficientemente grave como para hacer el diagnóstico por separado.

Ante un paciente con síntomas de ansiedad, a la hora de realizar un diagnóstico diferencial, debemos tener en cuenta las características diferenciales de cada trastorno (tabla 2) y plantearnos una serie de preguntas al respecto (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, 2008; American Psychiatric Association, 2014; Combs H, 2014):

¿Es la ansiedad atribuible a una causa médica? Se deben descartar inicialmente siempre causas orgánicas de la misma antes de atribuirlo a la esfera de lo psicológico.

¿Existe consumo o abuso de sustancias tóxicas como alcohol y/u otras drogas? En este caso estaremos hablando de un trastorno por abuso de sustancias.

Cuando la ansiedad está íntimamente relacionada o coincide con un cambio biográfico o acontecimiento vital estresante como duelo, separación, problemas económicos, emigración nos encontraremos ante un trastorno adaptativo.

Si la ansiedad engloba además síntomas de depresión como la tristeza, a un nivel moderado, sin que predomine uno sobre el otro en este caso nos planteará la posibilidad de un trastorno mixto.

Si se trata de un cuadro de ansiedad mantenida sobre varias áreas hablamos de trastorno por ansiedad generalizada. En este caso existe excesiva preocupación sobre determinadas cosas que interfieren en la funcionalidad. Síntomas como fatiga, cansancio, tensión muscular, irritabilidad, inquietud, alteraciones del sueño, suelen estar presentes siempre y cuando se prolonguen más allá de seis meses.

Si por el contrario la ansiedad viene establecida por la presencia de síntomas predominantes tales como las obsesiones o compulsiones que de no realizarse generan ansiedad, nos enfocan a la presencia de un trastorno obsesivo-compulsivo.

Cuando el paciente reexperimenta recuerdos intrusivos y recurrentes de un suceso estresante, en forma de pensamientos o pesadillas, junto a fenómenos disociativos como *flashbacks* en los que revive el suceso, con ansiedad, podríamos estar ante un cuadro de estrés postraumático.

Los ataques súbitos de miedo orientan hacia un trastorno por pánico. En ellos el paciente presenta aumento de la frecuencia cardíaca, falta de aliento, temblor, molestias abdominales, mareos, y miedo a la muerte o a la pérdida de control.

Cuando éste se limita a una situación en la que se teme poder ser juzgado por los demás nos referimos a una fobia social. Si el miedo se relaciona con una situación concreta u objeto se habla de una fobia específica.

¿Cómo se trata?

Abordaje psicológico

La psicoterapia es un proceso de comunicación interpersonal entre un profesional experto y el paciente con el propósito de hacer desaparecer, modificar o atenuar los síntomas existentes o cambiar modos de comportamiento promoviendo el desarrollo de una personalidad positiva. En lo que a trastornos de ansiedad se refiere el método de elección por antonomasia lo constituye la terapia cognitivo-conductual (TCC), que está basada en la interrelación de los pensamientos, las acciones y los sentimientos (Combs H, 2014).

El enfoque de la TCC va encaminado a ayudar a entender problemas complejos desglosándolos en partes más pequeñas (una situación, un problema, un hecho o situación difícil). Esto ayuda al paciente a ver cómo esas partes están conectadas entre sí y cómo le afectan.

De qué forma nuestros pensamientos, acciones y contactos con la gente afectan a nuestro estado de ánimo es el pilar sobre el que se asienta esta terapia. El tratamiento está diseñado para enseñar a los pacientes a (Beck JS, 2011):

- Comprender la naturaleza de una mala adaptación de sus preocupaciones acerca de las situaciones sociales.
- Identificar pensamientos y creencias específicas que están asociadas a situaciones sociales.
- Realizar tareas de exposición para desafiar los pensamientos desadaptativos.

Las técnicas para el manejo de la ansiedad permiten al paciente controlar sus preocupaciones y miedos a través de la distracción y del cuestionamiento de sus bases lógicas para sustituirlas por modos más racionales de pensamiento. La TCC utiliza métodos tales como la relajación y respiración, entrenamiento autógeno, reestructuración cognitiva, detección del pensamiento y resolución de problemas.

Abordaje farmacológico

La farmacoterapia para los trastornos de ansiedad se divide en dos categorías según su utilidad: fármacos que ayudan a prevenir episodios de ansiedad y fármacos que tratan la ansiedad de forma aguda. El tratamiento farmacológico de primera elección en los trastornos de ansiedad lo constituyen los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS) o los inhibidores selectivos de la recaptación de la noradrenalina (ISRN). La mirtazapina es otra opción, ya sea como agente único o en combinación con uno de los anteriores (Combs H, 2014).

La elección de ISRS o ISRN sobre los antidepresivos tricíclicos se debe fundamentalmente a su mejor tolerancia y menor toxicidad a dosis altas.

Los ISRS requieren de 4 a 8 semanas para empezar a mostrar eficacia. Las benzodiazepinas, con una acción más inmediata sobre la ansiedad, constituyen una opción en estas primeras semanas. No hay recomendaciones específicas de una benzodiazepina respecto a otra, aunque en general, las de vida media más corta y más rápido inicio de acción son más propensas a generar ansiedad de rebote, por lo que son menos convenientes (ver guía: **Uso de benzodiacepinas**) (Combs H, 2014).

Tabla 3. Algunos fármacos útiles en los trastornos por ansiedad.				
Principio	Clasificación	Dosis diaria	Frecuencia	Particularidades
Trazodona	ASIR	150-400 mg y hasta 600 mg en hospitalizados	Varias veces/día	Sedación, hipotensión postural y náuseas.
Citalopram	ISRS	20-60 mg	1 vez/día	Náuseas, boca seca, sudoración y temblor. Pocos abandonos. Potencial aumento del intervalo QT. Dosis máximas en mayores de 65 años: citalopram: 20 mg/día; escitalopram: 10 mg/día.
Escitalopram	ISRS	10-20 mg	1 vez/día	
Fluoxetina	ISRS	20-60 mg	1 vez/día	Sudoración, náuseas, temblor y pérdida de peso.
Fluvoxamina	ISRS	100-300 mg	1-2 veces/día	Náuseas, nerviosismo y sudoración. Sedación y efectos gastrointestinales.
Paroxetina	ISRS	20-50 mg	1 vez/día	Disfunción sexual y síndrome de discontinuación. Sedación y efectos gastrointestinales.
Sertralina	ISRS	50-200 mg	1 vez/día	Más diarrea que resto de ISRS.
Bupropión	IRDN	150-300 mg	1 vez/día	Menos problemas de disfunción eréctil y menor aumento de peso. Insomnio. Evitar en epilepsia.
Duloxetina	IRSN	60-120 mg	1-2 veces/día	Disfunción sexual y efectos gastrointestinales. Dosis inicial y habitual 30-60 mg/24h. Dosis máxima: 120 mg al día.
Mianserina	NASSA	30-200 mg	1 ó varias veces/día	Somnolencia. Útil en tratamientos combinados.
Mirtazapina	NASSA	15-45 mg	1 vez/día	Aumento de peso y sedación.
Venlafaxina	IRSN	75-375 mg	Varias veces/día	Efectos secundarios potencialmente más graves. Requiere seguimiento cardiovascular estrecho.
Desvenlafaxina	IRSN	50-200 mg/día	1 vez/día (liberación prolongada)	Igual que venlafaxina. Evitar interrupción brusca (disminuir la dosis gradualmente durante 1-2 semanas).
ASIR: antagonistas de los receptores serotoninérgicos 5-HT2 e inhibidores débiles de la captación de 5-HT; ISRS: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina; IRDN: inhibidores selectivos de la recaptación de dopamina y noradrenalina; IRSN: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina; IRNA: inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina; NASSA: antagonistas selectivos de serotonina y noradrenalina.				
Fuente: guía Depresión mayor en el adulto: medidas generales y tratamiento farmacológico , 2014. Consultar siempre la ficha de cada producto para una información más completa y actualizada.				

La TCC y la farmacoterapia han demostrado mejores resultados si se utilizan en combinación que de manera individual en lo que se refiere al tratamiento de los trastornos de ansiedad (Combs H, 2014).

Tratamiento específico

Trastorno adaptativo: la mayoría de los pacientes retornan a su estado previo de funcionamiento en pocos meses. En ese caso suelen resolverse adecuadamente sin medicación. Si existe un gran componente ansioso o insomnio pueden utilizarse benzodicepinas por periodos breves.

Abuso de sustancias: las benzodiazepinas se deberían restringir o limitar en pacientes con antecedentes de abuso de sustancias debido al riesgo de dependencia.

Trastorno de ansiedad generalizada: la naturaleza generalizada de los síntomas requiere el uso de la farmacoterapia preferentemente orientada hacia la prevención. Los ISRS se consideran la base fundamental del tratamiento del trastorno por ansiedad generalizada. Las benzodicepinas de acción prolongada ofrecen algún beneficio, pero no son eficaces a la hora de inhibir estados de ansiedad futura. La TCC es útil (Combs H, 2014; Bandelow B, 2012).

Fobia social: ISRN o ISRN son de primera elección, aunque los beneficios pueden no ser evidentes hasta un máximo de 8 semanas (Pilling S, 2013).

Los ansiolíticos tienen una utilidad muy limitada. Para los eventos que provocan ansiedad específica como hablar en público se puede recurrir a betabloqueantes tipo propanolol, a bajas dosis una media hora antes de la exposición (Combs H, 2014).

La TCC en la fobia social se centra en la exposición a situaciones que provocan ansiedad demostrando que la ansiedad resultante es tolerable y no dañina. Con el tiempo, la exposición repetida conduce a una reducción general del síntoma y los pacientes son capaces de tolerar lo que inicialmente no podían (Pilling S, 2013).

Trastorno obsesivo-compulsivo: el tratamiento de primera elección son los ISRS (Grant JE, 2014). Los ansiolíticos pueden utilizarse como terapia puente hasta que los ISRS no alcanzan su máximo efecto (Combs H, 2014).

Trastorno por estrés postraumático: los ISRS son útiles, también [trazodona](#) o antidepresivos atípicos como [mirtazapina](#) (Bisson JI, 2007). Para las pesadillas puede utilizarse [prazosina](#).

Trastorno por pánico: existen dos estrategias de tratamiento: ISRS como prevención y benzodiazepinas tipo [clonazepam](#) o [alprazolam](#) en el episodio agudo. En atención primaria es útil la TCC (Navarro-Mateu F, 2010).

Bibliografía

- American Psychiatric Association. DSM-5: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014. ISBN 13: 978-84-9835-810-0

- Bandelow B, Sher L, Bunevicius R, Hollander E, Kasper S, Zohar J, et al.; WFSBP Task Force on Mental Disorders in Primary Care; WFSBP Task Force on Anxiety Disorders, OCD and PTSD. Guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders, obsessive-compulsive disorder and posttraumatic stress disorder in primary care. Int J Psychiatry Clin Pract. 2012;16(2):77-84. PubMed **PMID: 22540422**
- Beck JS. Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2011. p. 391.
- Bisson JI. Post-traumatic stress disorder. BMJ. 2007;334(7597):789-93. PubMed **PMID: 17431265**. **Texto completo**
- Borrell i Carrio F. Entrevista clínica. Manual de estrategias prácticas. Barcelona: semFYC; 2004.
- Combs H, Markman J. Anxiety disorders in primary care. Med Clin North Am. 2014;98(5):1007-23. PubMed **PMID: 25134870**
- Grant JE. Clinical practice: Obsessive-compulsive disorder. N Engl J Med. 2014;371(7):646-53. PubMed **PMID: 25119610**
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS N° 2006/10. **Texto completo**
- Herr NR, Williams JW Jr, Benjamin S, McDuffie J. Does this patient have generalized anxiety or panic disorder?: The Rational Clinical Examination systematic review. JAMA. 2014;312(1):78-84. PubMed **PMID: 25058220**
- Navarro-Mateu F, Garriga-Puerto A, Sánchez-Sánchez JA. Tree decision analysis of the therapeutic alternatives for Panic Disorders in Primary Care. Aten Primaria. 2010;42(2):86-94. PubMed **PMID: 19632004**
- Organización Panamericana de la Salud.eCIE-10. Edición electrónica de la CIE-10. 8ª ed. [Internet]. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2008. 2010. [acceso 19/12/2015]. Disponible en: **http://eciemaps.mspsi.es/ecieMaps/browser/index_10_2008.html**
- Pilling S, Mayo-Wilson E, Mavranetzouli I, Kew K, Taylor C, Clark DM; Guideline Development Group. Recognition, assessment and treatment of social anxiety disorder: summary of NICE guidance. BMJ. 2013;346:f2541. PubMed **PMID: 23697669**
- Roberge P, Normand-Lauzière F, Raymond I, Luc M, Tanguay-Bernard MM, Duhoux A, et al. Generalized anxiety disorder in primary care: mental health services use and treatment adequacy. BMC Fam Pract. 2015;16(1):146. PubMed **PMID: 26492867**. **Texto completo**
- Tortella-Feliu M. Los trastornos de ansiedad en el DSM-5. C Med Psicosom. 2014;110:63-9. **Texto completo**
- van der Kolk BA, Pelcovitz D, Roth S, Mandel FS, McFarlane A, Herman JL. Dissociation, somatization, and affect dysregulation: the complexity of adaptation of trauma. Am J Psychiatry. 1996;153(7 Suppl):83-93. PubMed **PMID: 8659645**
- Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jönsson B, et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. Eur Neuropsychopharmacol. 2011;21(9):655-79. PubMed **PMID: 21896369**

Más en la red

- Combs H, Markman J. Anxiety disorders in primary care. Med Clin North Am. 2014;98(5):1007-23. PubMed **PMID: 25134870**
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS N° 2006/10. **Texto completo**
- Pilling S, Mayo-Wilson E, Mavranetzouli I, Kew K, Taylor C, Clark DM; Guideline Development Group. Recognition, assessment and treatment of social anxiety disorder: summary of NICE guidance. BMJ. 2013;346:f2541. PubMed **PMID: 23697669**

Autores

▪ Alba Quiroga Luis	Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria
▪ Ángel Daniel Corona	Médico Especialista en Psiquiatría y Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria

Servicio de Atención Primaria San José B. Servicio Galego de Saúde. A Coruña. España.

Conflicto de intereses: No disponible.



Elsevier España S.L.U. © 2018. Todos los derechos reservados.

Esta web utiliza cookies. Para obtener mas información o denegar su uso, por favor visite la [Página de cookies](#).

[Términos y condiciones](#) - [Política de Privacidad](#) |

