

EL EFECTO DEL ABORDAJE OSTEOPÁTICO CRANEAL EN EL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

Autor: Marc Nebot Biarnés

Tutor: David Sánchez Rienda

Escola d'Osteopatia de Barcelona

Sant Just Desvern

11 de enero del 2013

AGRADECIMIENTOS

Debo agradecer la realización de esta tesina a todas las personas interesadas en él desde un primer momento y que han dedicado su tiempo y empeño para ayudar en dicho desarrollo.

A mi tutor, David Sánchez, por su disponibilidad y ayuda en cuanto ha sido necesaria.

A los pacientes, por su tiempo y su esfuerzo, ya que han tenido que desplazarse en más de una ocasión.

A todas las personas que en su momento se interesaron para poder colaborar, y que por algún motivo u otro no ha sido posible.

A personas, como Irene Lacasa o Sonia Cervià, que me han ayudado en la búsqueda de pacientes para la elaboración de la tesina.

RESUMEN

Introducción: el trastorno de ansiedad generalizada es una afectación que se caracteriza porque la persona tiene síntomas de ansiedad la mayoría de los días, como mínimo, 6 meses de antelación.

Objetivo: el objetivo de esta tesina es valorar la efectividad de un abordaje osteopático craneal en el trastorno de ansiedad generalizada y mediante el drenaje de los senos venosos del cráneo.

Material y métodos: mediante un estudio caso-control, se han tratado 8 pacientes en total, 4 en el grupo experimental y 4 en el grupo placebo. Al grupo experimental se le realizó la técnica osteopática de drenaje de los senos venosos; al grupo placebo se le realizó presiones mantenidas en los vientres musculares de los músculos de las extremidades inferiores. Se han medido tres variables según la Escala de Hamilton: la ansiedad física, la ansiedad psíquica y la ansiedad global.

Resultados: tanto los pacientes del grupo experimental como los del grupo placebo han experimentado una mejoría de aproximadamente el 50% en las tres variables evaluadas.

Conclusiones: No hay diferencia significativa entre los resultados del grupo experimental y el grupo control. El tratamiento aplicado en ambos grupos ha sido igual de eficaz a corto plazo y en menos sesiones, que los tratamientos cognitivos y farmacológicos habituales en el trastorno de ansiedad generalizada.

Palabras clave

Osteopatía craneal, senos venosos del cráneo, trastorno de ansiedad generalizada; eje hipotálamo-hipofisario-adrenal, escala de Hamilton, DSM-IV

ABSTRACT

Background: Generalized anxiety disorder is characterized because the person has symptoms of anxiety most of the days since at least 6 months in advance.

Objective: The objective of this thesis is to assess the effectiveness of a cranial osteopathic approach in generalized anxiety disorder and by draining the venous cranial sinuses.

Material and methods: it was used a case-control study, 8 patients were treated in total, 4 in the experimental group and 4 in the placebo group. The experimental group underwent osteopathic technique of venous sinus drainage; placebo group underwent maintained pressure on the muscle bellies of the muscles of the lower extremities. Three variables were measured according to the Hamilton Scale: physical anxiety, psychic anxiety and overall anxiety.

Results: Patients in both the experimental group and the placebo group experienced an improvement of approximately 50% in the three variables evaluated.

In the short term and in fewer sessions, the treatment applied in both groups was equally effective than the standard drug and cognitive treatments in generalized anxiety disorder.

Keywords

Osteopathy Cranial, cranial sinuses, generalized anxiety disorder, hypothalamic-pituitary-adrenal axis, Hamilton scale, DSM-IV

ÍNDICE

Introducción	1
Material y método	4
Resultados	8
Discusión	11
Conclusión	15
Bibliografía	16
Anexos	20

INTRODUCCIÓN

La osteopatía craneal es una parte de la osteopatía enfocada a la evaluación y al tratamiento de las diferentes estructuras del cráneo, tanto partes óseas como blandas y con las que éste se encuentra relacionado. Dicho tratamiento es posible debido a los principios que conforman el Mecanismo Respiratorio Primario (MRP). Se trata de una disciplina constituída por distintas posibilidades de abordaje ante distintos tipos de alteraciones y con diferentes objetivos ¹

En la actualidad, la ansiedad es un problema muy prevalente en nuestra sociedad, afectando a casi un 2% de la sociedad española en los 2001-2002 y siendo más frecuente en personas de sexo femenino y en jóvenes de entre 18-24 años ²⁻³.

La ansiedad en sí misma es un proceso fisiológico, cuya función es la de mejora de nuestro rendimiento en situaciones de amenaza o de estrés psicológico. La ansiedad se vuelve patológica en cuanto ésta es excesiva y/o irracional y es incontrolable para la persona, donde ésta suele temer hechos negativos que cree que son altamente probables que sucedan ¹⁻².

Existe una gran variedad de trastornos de ansiedad, con diferentes manifestaciones clínicas, hecho que dificulta su diagnóstico diferencial. En este proyecto nos hemos centrado en el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG). Ésta se caracteriza por una ansiedad y preocupación constante y excesiva ante diferentes preocupaciones, durante al menos 6 meses y que provocan deterioro funcional de la persona que la padece ⁴.

El diagnóstico de TAG fue descrito de forma aislada a otros trastornos por primera vez en el DSM-III ⁵. Actualmente se trata de un diagnóstico fundamentalmente clínico, basado en los criterios diagnósticos del DSM-IV ⁶.

Para que pueda catalogarse como TAG es imprescindible que sea una manifestación clínica primaria, es decir: que no haya ningún otro trastorno orgánico y/o mental

importante asociado, que también pueda expresar síntomas de ansiedad. Hay que diferenciarla pues de otros trastornos orgánicos, psicológicos o incluso atribuidos a ciertos estupefacientes o fármacos ^{4-5,7}.

Las causas de la ansiedad son psicobiológicas y psicológicas, además, se puede observar cierta prevalencia en algunas familias, factor que nos puede hacer pensar en un papel hereditario importante ^{4,8}.

La ansiedad está originada por distintos procesos a nivel cerebral que nos preparan ante una situación peligrosa que requiera una respuesta de supervivencia. Es por ello que se ven aumentados los niveles de las siguientes hormonas en organismo: adrenalina, noradrenalina, ACTH (que hace aumentar los niveles de cortisol), prolactina y las hormonas tiroideas, eventualmente puede haber algunas más. Esto es debido a que actúan diversos mecanismos del sistema nervioso central. El estrés y el miedo provocan un aumento del factor de corticotropina (CRF) del Locus Coeruleus (LC), el mayor núcleo noradrenérgico del sistema nervioso central, hecho que mantiene un tono simpático aumentado en todo el cuerpo. La CRF también es secretada por los núcleos periventriculares del hipotálamo, esto influye en el eje Hipotálamo-Hipofisario-Adrenal (HHA), el cual hace aumentar los niveles de cortisol (mediante la hormona liberadora de corticotropina o CRH y la hormona adrenocorticotropa o ACTH) en sangre. El cortisol es secretado por la corteza suprarrenal, mientras que la noradrenalina por la médula suprarrenal. Cada vez hay más estudios que vinculan los trastornos de ansiedad con el eje HHA, en cuanto a la relación con la CRF no está tan clara, aunque con animales se ha logrado demostrar dicha relación ^{5,8-12}. Es importante subrayar que el hipotálamo ejerce un gran control sobre el sistema nervioso autónomo; tanto el sistema nervioso simpático (hipotálamo posterior y lateral) como parasimpático (hipotálamo anterior y central). Añadir también que, el hipotálamo posee múltiples centros que son sensibles a las condiciones existentes en el medio líquido interno de la sangre, entre otros factores ⁹.

Por otro lado, hay estudios que han hallado que en personas con ansiedad, estas parecen tener un flujo sanguíneo cerebral disminuido o asimétrico ¹³⁻¹⁸. Mientras que

otros estudios han encontrado una relación entre la ansiedad y la hipertensión craneal idiopática ¹⁹⁻²⁰.

La ansiedad se caracteriza por tener síntomas físicos, como por ejemplo: dolor, tensión motora, gastrointestinales, fatiga, etc; y psíquicos: donde la preocupación y el temor son los principales, aunque también padecen insomnio, inquietud, trastornos sexuales, etc.) ^{12, 21-22}. Se la suele asociar a a otros trastornos de los cuales es importante realizar el diagnóstico diferencial: patología cardíaca, pulmonar, endocrino-metabólica, etc. También es importante el diagnóstico diferencial con la patología psiquiátrica: depresión, trastorno obsesivo-compulsivo, etc. ⁷

Normalmente se suele tratar la ansiedad mediante fármacos o terapia psicológica. En cuanto a fármacos: medicamentos como las benzodiazepinas han demostrado ser efectivas en la fase aguda; debido a la alta comorbilidad del TAG, éste también se puede tratar con antidepresivos, aunque existen otros medicamentos posibles ^{2,21}. En cuanto a los diferentes tipos de abordajes psicológicos posibles, parece ser que la terapia cognitivo conductual (TCC) suele dar buenos resultados.

Para tratar el TAG mediante la osteopatía, se ha basado el planteamiento en la máxima osteopática “la regla de la arteria es suprema” ¹, debido a que la ansiedad se ve afectada por una secuencia de procesos originados a nivel cerebral (más concretamente en el hipotálamo y posiblemente también, en el LC). Se ha planteado un tratamiento enfocado a la mejoría del drenaje venoso del cráneo, con el objetivo de realizar un enlace fluídico con todas las estructuras cerebrales y para tratar de regularizar el flujo sanguíneo cerebral y la posible presión intracraneal idiopática. Es por ello que se ha realizado el tratamiento de los senos venosos ²³.

El objetivo del trabajo es el de mejorar los síntomas del TAG mediante una mejoría del drenaje sanguíneo del cráneo.

MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un estudio experimental caso-control que se realizó con 8 pacientes (n=8) todas ellas mujeres sin comorbilidad alguna. En un principio se contaba con una muestra de n=18 (5 hombres y 13 mujeres) pero debido a diferentes causas tales como la imposibilidad de contactar con ellos (n=3), la falta de cumplimiento de los criterios estipulados en DSM-IV (n=5) o el abandono del estudio tras la primera sesión (n=2), se realizó finalmente la investigación sobre n=8. Todos los pacientes tenían que entrar dentro de los criterios diagnósticos de la DSM-IV (Deben padecer ansiedad desde hace 6 meses como mínimo, deben poseer un mínimo de síntomas característicos de la ansiedad, etc.) sobre el Trastorno de Ansiedad Generalizada, criterios utilizados por los psicólogos en la actualidad ⁶.

Durante la primera cita se realizó a cada paciente una entrevista para conocer según la escala de Hamilton el grado de ansiedad inicial ^{7, 24-27}. Esta escala valora los distintos niveles de ansiedad psíquica (irritabilidad, insomnio, etc.) y física o somática (dolor, síntomas genitourinarios, etc.) de los pacientes. Según los cortes evaluativos recomendados: de 0 a 5 el paciente no padece ansiedad, entre 6 y 14 sufre una ansiedad leve, y a partir de 14 se considera una ansiedad moderada o grave ²⁷.

Se dividió al azar a los pacientes en dos grupos diferentes pero con el mismo número de pacientes (n=4): un grupo experimental y otro grupo placebo.

La Técnica de los Senos Venosos, técnica ideada para favorecer el drenaje venoso del cráneo ²³, fue la que se aplicó al grupo experimental. Esta técnica se realiza con el paciente en decúbito supino y el osteópata sentado en una silla cerca de la cabeza del paciente, realiza el tratamiento siguiendo las siguientes etapas:

Confluencia de los senos: Se coloca el pulpejo de los dedos 2º o 3º de cada mano debajo de la protuberancia occipital externa, se colocarán verticales de tal manera que todo el peso del cráneo recaiga sobre éstos. Se mantiene hasta que se tiene la percepción ablandamiento.

Seno occipital: Se colocan los dedos 2º o 3º de cada mano a un través de dedo hacia caudal de la línea media del occipital. También se colocaran verticales para que el peso del cráneo pese sobre ellos. En cuanto el osteópata siente que se ablanda la zona, desplaza los dedos un través de dedo más hacia caudal, y así hasta el final del occipital.

Seno transverso y seno recto: Se colocan los pulpejos de los dedos meñiques de ambas manos en la protuberancia occipital externa, el resto de los dedos se colocan de igual forma siguiendo la línea nuczal superior del occipital, soportando el peso del cráneo. Los pulgares se situarán superpuestos sobre la sutura sagital del cráneo. Se visualiza una unión entre los pulgares y el extremo anterior del seno recto. Se mantiene hasta percibir el ablandamiento.

Seno sagital superior: Se colocan los pulpejos de los pulgares de ambas manos a un través de dedo transversalmente por encima de la protuberancia occipital externa. Se posicionan cruzados en ambos lados contralaterales de la sutura sagital del cráneo. Las palmas de las manos quedan sobre la superficie del cráneo. Se hace fuerza con los pulgares con la intención de separar los parietales y abrir así el seno longitudinal superior. En cuanto se percibe ablandamiento, se aplica la misma técnica un través de dedo en dirección al frontal, así consecutivamente hasta llegar al Bregma. Una vez superado el Bregma, se colocan los cuatro dedos trifalángicos de ambas manos a lado y lado de la sutura metópica, quedando los índices a nivel del Bregma y los meñiques a en el punto medio de la frente, ejerciendo todos ellos una ligera compresión y separación de la línea media del frontal. Una vez se percibe el ablandamiento, se realiza la misma técnica ubicando los índices donde antes estaban los meñiques y los meñiques los situamos cerca del Nasión (con los demás dedos trifalángicos también en contacto con el frontal), abarcando así el resto de la sutura metópica. Hacemos la misma presión y separación hasta percibir el ablandamiento.

A los pacientes del grupo placebo se les realizó unas presiones mantenidas con el olécranon del osteópata sobre los vientres musculares de los siguientes músculos, y con el siguiente orden: cuádriceps femoral, isquiotibiales, tibial anterior y musculatura peronea, buscando puntos molestos (nunca dolorosos para el paciente) y empezando siempre por la extremidad inferior derecha y seguida por la izquierda.

En ninguno de los casos, tanto en un grupo como el otro, se le explicó al paciente los motivos por los cuales se realizaba dicho tratamiento.

Se realizaron un total de tres tratamientos, el primero se efectuó el mismo día que se evaluaba la ansiedad del paciente mediante la Escala de Hamilton por primera vez y el resto con una separación de tres semanas entre sí. Todas las sesiones se realizaron en la misma habitación, con el paciente tumbado sobre una camilla y con una duración de la sesión de entre 15 y 30 minutos.

Una semana después de la última sesión, se quedó personalmente con cada paciente para volver a evaluarlo según la Escala de Hamilton.

De los resultados de la Escala de Hamilton, se han tenido en cuenta la ansiedad total inicial i final del paciente: el resultado total del test, con un resultado máximo de 56. Asimismo, se ha tenido en cuenta la ansiedad psíquica inicial y final del paciente: que es la puntuación resultante a los ítems del 1 al 6 y el número 14, así como de la ansiedad somática inicial y final del paciente: que es la puntuación resultante a los ítems del 7 al 13. Con un resultado máximo de 28 en ambas ²⁴⁻²⁶.

Los resultados se han elaborado mediante la utilización del Microsoft Excel en su versión del 2007.

Se considerará que ha habido un cambio estadísticamente significativo si el paciente mejora su ansiedad total en un 20%, como recomienda el texto de Barlow ²⁷⁻²⁸ y en el de Kendall ²⁹.

Para poder interpretar de la forma más realista los resultados se realizaron dos análisis del grupo placebo que se dividió en placebo 1 y placebo 2. Mientras que el grupo de placebo 1 corresponde a la totalidad de los sujetos de este grupo (n=4), los análisis de placebo 2 se realizaron con n=3 ya que se consideró que los datos tan desviados del resto de una de las pacientes (Paciente 7) podían interferir en la interpretación de los resultados, pero que debido a su importancia no se quisieron eliminar los datos obtenidos.

Para valorar los cambios en relación a la ansiedad total, a la ansiedad psíquica y a la ansiedad somática, se han utilizado las medias de los % de los resultados, dividiendo la clasificación entre el grupo Experimental y los grupos Placebo 1 y Placebo 2. Se pueden ver los resultados de la comparación en las gráficas 1,2 y 3.

RESULTADOS

Como resultado final podemos afirmar que del total de las pacientes (n=8) que han colaborado en este proyecto, 6 han mejorado, una no ha obtenido cambios aparentes y otra ha empeorado. De las 6 pacientes (el 75% de n=8) que mejoraron, 4 (dos de cada grupo) pasaron de una ansiedad moderada/grave a una ansiedad leve. En cuanto a las 2 restantes (una de cada grupo): una se quedó a tan sólo 2 puntos (la perteneciente al grupo Experimental) y la otra a 3 puntos (grupo Placebo) de ser clasificadas como que sufrían una ansiedad leve. En todos los casos de mejoría hubo una mejoría con significancia estadística ²⁷⁻²⁹. Todos los datos obtenidos se encuentran recopilados en la Tabla 1.

En todas las gráficas se puede ver que, tanto en el grupo Experimental como en el grupo Placebo 2, hay una reducción de la sintomatología aproximadamente del 50%, en el caso de la ansiedad psíquica es un poco menos si no tenemos en cuenta el margen de error.

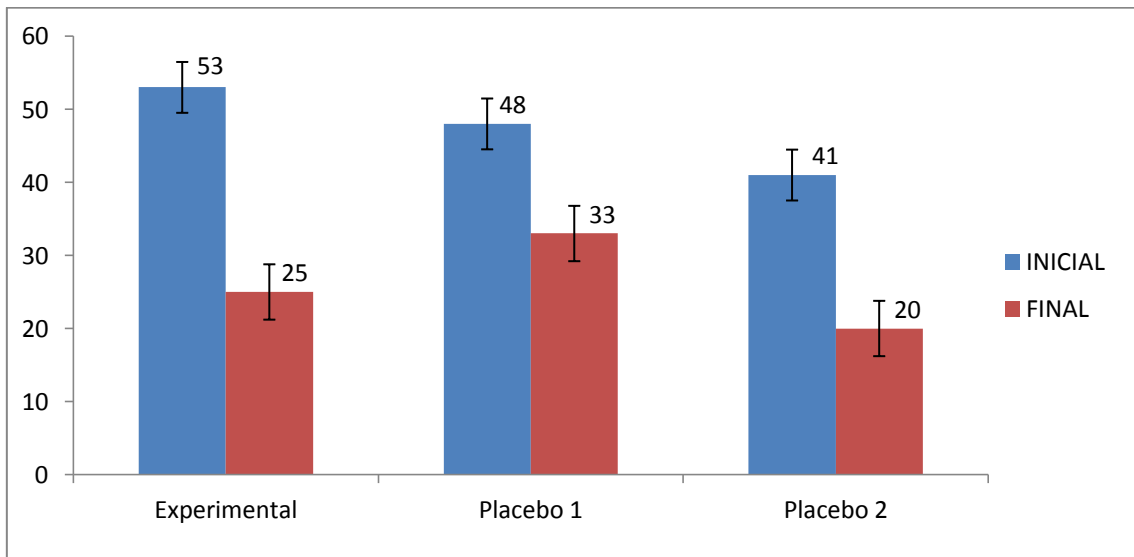
En el grupo Placebo 1 podemos observar que la media de mejoría es inferior en todos los casos al del grupo placebo 2.

Tabla 1: resultados en la escala de Hamilton sobre la ansiedad total inicial (ATi), ansiedad total final (ATf), la ansiedad psicológica inicial (APi), la ansiedad psicológica final (APf), la ansiedad somática inicial (ASi), la ansiedad psicológica final (ASp) y la *Significancia.

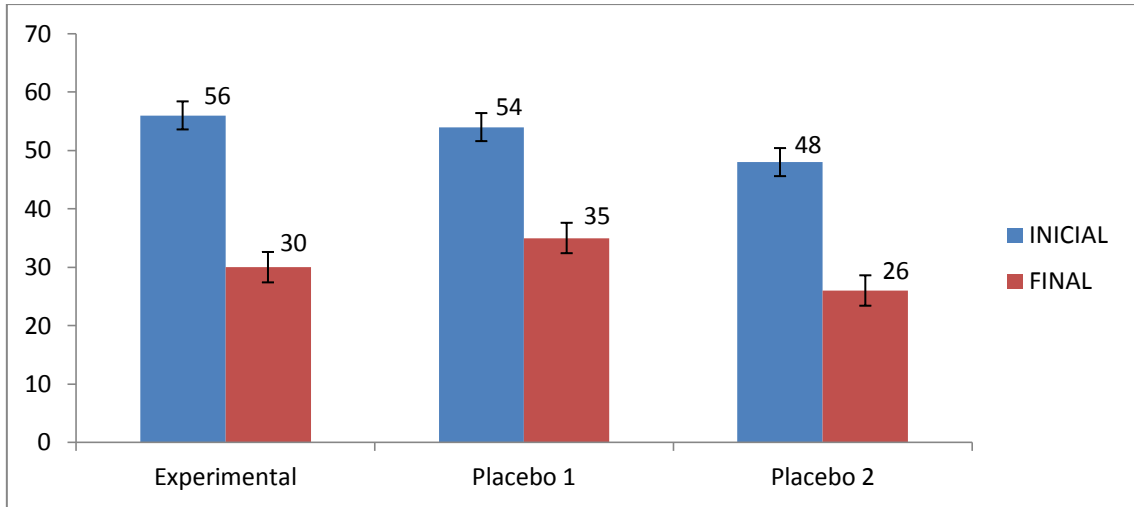
Grupo	ATi	ATf	APi	APf	ASi	ASp	Significancia*
Paciente 1 Experimental	35	10	20	8	15	2	Si
Paciente 2 Experimental	20	20	8	12	12	8	No
Paciente 3 Experimental	29	16	17	9	12	7	Si
Paciente 4 Experimental	30	8	18	4	12	4	Si
Paciente 5 Placebo	16	9	11	7	5	2	Si
Paciente 6 Placebo	21	6	12	4	13	2	Si
Paciente 7 Placebo	36	39	20	17	16	19	No
Paciente 8 Placebo	29	17	17	11	12	6	Si

*Significancia estadística según los textos de Barlow y Kendall²⁷⁻²⁹ en relación a si ha habido una mejoría del 20% en la ansiedad total o no.

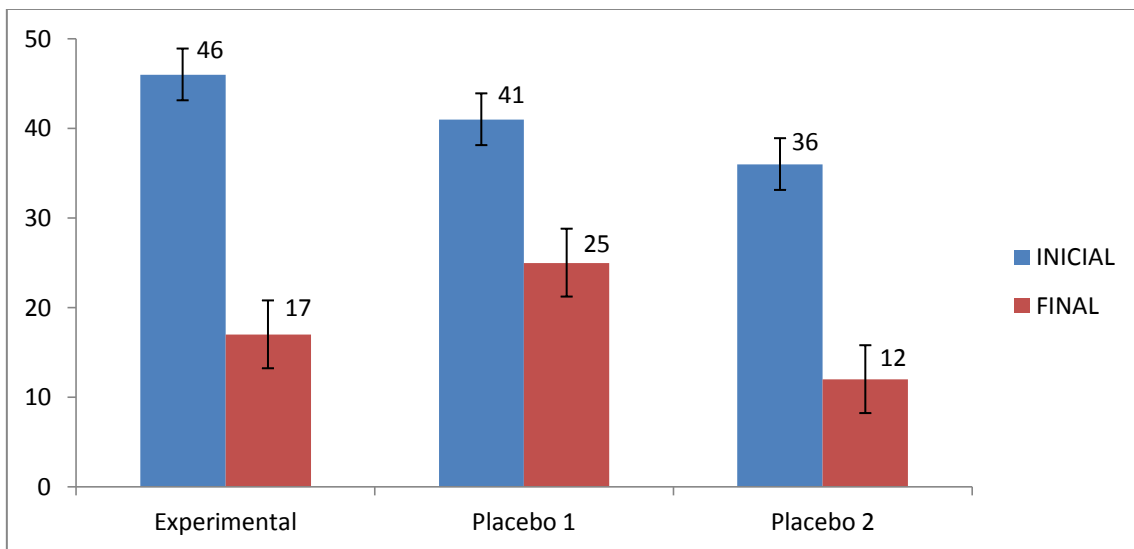
Gráfica 1: Media del % de la ansiedad total inicial y final de los grupos Experimental, Placebo 1 y Placebo 2



Gráfica 2: Media del % de la ansiedad psíquica total inicial y final de los grupos Experimental, Placebo 1 y Placebo 2.



Gráfica 3: Media del % de la ansiedad física o somática total inicial y final de los grupos Experimental, Placebo 1 y Placebo 2.



DISCUSIÓN

Para la realización de este estudio, se aplicó un tratamiento experimental que pudiera ser fácilmente reproducible y un tratamiento placebo que se consideró que podría ser convincente para los pacientes.

No hay ningún dato que nos indique que el tratamiento experimental haya sido más efectivo que el tratamiento placebo (evaluando los resultados del grupo Placebo 2). Si comparamos los resultados entre el grupo Experimental y el grupo Placebo 1, aunque es cierto que son más favorables los resultados del grupo Experimental, también es cierto que el grupo Placebo en su conjunto, ha mejorado un % importante. Teniendo en cuenta el margen de error, ambas gráficas se asemejan lo suficiente como para no poder asegurar completamente cuál ha sido el tratamiento más efectivo.

No existe ningún caso estudiado que favorezca claramente la mejoría de algún aspecto evaluado en concreto, es decir: ni el tratamiento experimental ni el placebo demuestran ser más favorables frente a la ansiedad total, la psíquica o la somática.

Se puede añadir que han mejorado pacientes con niveles de gravedad del TAG distintos y que ambos grupos partían de una media de % de TAG parecida.

El motivo por el cual los resultados de la Paciente 7 fueron omitidos en el grupo Placebo 2 es porque en las últimas semanas, dicha paciente tuvo algunos hechos estresantes importantes en su vida muy cercanos a la realización de la entrevista final: tuvo que hacer una gran mudanza en un tiempo breve a la vez que coincidía con una cirugía y postoperatorio grave de su perro. Al considerarse que estos hechos extraordinarios podrían haber afectado al resultado final de su evaluación (al agravarse los síntomas de ansiedad por motivos externos relevantes) y al considerarse que esto podría afectar a la interpretación de los resultados del grupo placebo; se decidió añadir la valoración de la evolución del grupo placebo también sin sus datos, considerando a la Paciente 7 como una excepción, ya que el resto de pacientes del grupo placebo parece haber seguido un patrón. Se creyó esto debido a que el estrés es

un proceso subjetivo, que surge como consecuencia de percibir ciertos acontecimientos como amenazantes, esta percepción varía según el estilo de personalidad y variaciones demográficas. Además de esto, se sabe que personas con una mayor inestabilidad emocional perciben un mayor sentimiento de amenaza, ese factor depende también de cada individuo ³⁰. Se puede sugerir que, al menos en mujeres, una situación estresante sumada a una percepción mayor de amenaza, puede hacer aumentar los síntomas de la ansiedad ³¹. Podría valorarse la opción de que hubiera sido el tratamiento planteado el que le hubiera aumentado los síntomas, pero la entrevista con la paciente sugiere que no es ésta la sucesión de los hechos.

Los resultados obtenidos por el estudio se pueden explicar porque:

- 1- Ambos tratamientos son efectivos en el TAG
- 2- Ambos tratamientos han efectuado un efecto placebo sobre las pacientes
- 3- El tratamiento y/o relajación del paciente mediante terapia manual tiene efectos beneficiosos en el TAG

Sabemos que el TAG se suele tratar mediante terapias psicológicas y farmacológicas. Existen estudios que comparan ambos tipos de abordajes en el TAG demuestran que, mientras que ambas tienen una efectividad parecida a corto plazo, las intervenciones conductuales tienen unos efectos más perdurables y se añade que en los trastornos de ansiedad se suelen requerir intervenciones menos duraderas que otros tipos de trastornos psicológicos/psiquiátrico, aunque se recomienda un seguimiento por parte del profesional especializado ^{2,32}.

Además, se considera que una terapia conductual efectiva debe empezar a tener efectos beneficiosos entre la semana 6 y 12 tras el inicio del tratamiento ³³. Esto se complementa con el hecho que lo habitual es que los pacientes mejoren alrededor de un 50% a partir de la 8ª sesión psicológica ³³. Si comparamos la información recopilada de los citados artículos ³²⁻³³ con la obtenida en el presente trabajo de investigación, nos encontramos que los pacientes tratados (tanto Experimental como Placebo) han experimentado una media de % de mejoría de alrededor de un 50%, en tan sólo 3 sesiones (en vez de 8) y en el mismo tiempo comprendido que con las terapias

habituales (entre 6 y 12 semanas). Durante la segunda entrevista y en las experiencias de las propias pacientes, la mayoría experimentó mejoría desde la primera sesión.

Con una de las pacientes (Paciente 4) los resultados obtenidos concuerdan con los que Benedito y Botella obtuvieron con un estudio a propósito de un caso ³⁴ donde el entorno de la paciente notó una mejoría en su ansiedad y donde la misma paciente expresó que tenía más confianza en sí misma a la hora de afrontar situaciones de ansiedad en un futuro, aunque en dicho estudio se realizaron 17 sesiones más una sesión inicial de evaluación.

Definitivamente, a corto plazo parecen ser igual de efectivos el tratamiento cognitivo, el tratamiento farmacológico, el tratamiento placebo y el tratamiento osteopático craneal (al menos los aplicados en este estudio). A no ser que el tratamiento placebo aplicado también tuviera una relación directa con el TAG, se puede sospechar que a corto plazo frente al TAG hay una gran influencia del efecto placebo inherente en cualquier tratamiento, no podemos afirmar si alguno de los tratamientos aplicados en este trabajo tendrá algún efecto a medio y a largo plazo sobre las pacientes. Sólo está estudiado que los efectos de la terapia psicológica son más duraderos, aunque no hay evidencia científica de que esos efectos duren más allá de los 12 meses ².

Sería conveniente que en un futuro, se realizaran estudios que también contemplaran los efectos de la osteopatía sobre el TAG a medio y a largo plazo, ya que no se sabe cómo evolucionarán las pacientes ni qué sucedería si continuáramos realizando tratamientos osteopáticos o placebo. Al mismo tiempo serían necesarios estudios con un mayor número de pacientes de ambos sexos que comparen distintos abordajes osteopáticos, para que el tratamiento sea más efectivo y preciso ya que este estudio no puede evidenciar cuál de los dos abordajes ha resultado ser más efectivo; se podría comparar cualquier tratamiento con los tratamientos planteados en este estudio, dado que ambos son fáciles de reproducir por otro profesional. Una vez obtenida esta información, se podrían formular estudios sobre el efecto de la combinación entre terapia cognitiva (y/o farmacológica si se desea) con el abordaje osteopático, ya que los trastornos psicológicos y psiquiátricos están envueltos de una gran complejidad, pues no se pueden simplificar solamente mediante sus manifestaciones físicas, debido

a que están ligados a otros factores que no podemos abordar mediante la osteopatía, un claro ejemplo es el de la Paciente 7.

El hecho de que el estudio haya sido realizado solo con mujeres parece estar ligado al hecho de que las mujeres tienen una percepción mayor de la amenaza ³⁰, género en el que hay mayor % de prevalencia de ansiedad ². Eso favorece que la mayoría de pacientes voluntarios sean mujeres. Asimismo, el estudio realizado por Cano Vindel ³¹ tiene el mismo inconveniente a la hora de analizar los resultados, pues solo está realizado con mujeres.

Los resultados obtenidos en este estudio no son estadísticamente significativos debido a la poca cantidad de pacientes, pero sugiere que pueden ser representativos debido a que un 75% de los pacientes ha seguido un patrón similar (de mejoría significativa). Esto puede significar que los resultados no sean por casualidad. Frente al 46% que mejoró según una revisión de Cochrane mediante terapia psicológica, basado también en una mejoría significativa pautada a partir del 20% de variación ^{2, 35}.

CONCLUSIÓN

No se puede identificar si el tratamiento experimental propuesto es más o menos efectivo que el tratamiento placebo aplicado.

Tampoco se puede confirmar por qué razón se ha obtenido la mejoría ni si ha sido por el efecto placebo o no.

Parece ser que el abordaje manual aplicado en ambos grupos ha sido igual de eficaz a corto plazo y en menos sesiones, que los tratamientos cognitivos y farmacológicos que se suelen aplicar en el TAG.

Se deberían realizar más estudios que comparen ambas técnicas utilizadas en el estudio con otras que no sean de terapia manual (psicológicas, farmacológicas, etc.) y con otras que también sean de terapia manual y puedan considerarse placebo ante el mencionado trastorno. En todos los casos serían necesarios un mayor número de pacientes de ambos sexos para la realización de las investigaciones.

Bibliografía

- 1 Parsons J, Marcer N. Osteopatía. Modelos de diagnóstico, tratamiento y práctica. Barcelona [etc.], Elsevier España, S.A., 2007. p. 159-161, 201-218
- 2 Infante Campos A. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Madrid, Agencia Laín Entralgo. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. p. 13, 23, 55-59, 70, 87, 102
- 3 Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I, Codony M, Dolz M, Alonso J y el Grupo ESEMeD-España. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. Medicina Clínica (Barc). 2006; 126(12): p. 445-51.
- 4 Beers, Mark H. Nuevo manual Merck de información médica general 1. Barcelona: MMVII Editorial Oceano. 2009. p. 728-738.
- 5 Aguilera Medina D, Iruela Cuadrado LM, Cañas de Paz F, Lledó Sandoval JL, Merino Aguado J, Franco Lovaco B, Otero Pérez FJ. Trastornos por ansiedad generalizada. Madrid: Ergon, S.A.; 1994. p. 15-35
- 6 Pierre P, López-Ibor Aliño, Valdes Miyar M. DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona. Masson S.A., 1995. p. 444-448
- 7 Álvarez E, Gastó Ferrer C, Roca Bennasar M. Sintomatología ansiosa en atención primaria: algoritmos diagnósticos y terapéuticos. Barcelona: Marge Medica Books; 2009. p. 53-64.
- 8 Stein DJ, Hollander E. Tratado de los trastornos de ansiedad. Barcelona; Madrid [etc.]: Ars Medica; 2004. p. 145-151
- 9 Leukel F. Introducción a la psicología fisiológica. . 3a ed. Barcelona: Herder; 1986. p. 83-90, 153, 170.
- 10 Ira Fox, Stuart. Fisiología humana. 7ª ed. Madrid: CGraw-Hill/interamericana de España, S.A.U.; 2003. p. 290-331

- 11 Burrows GD, Roth M, Noyes R. Handbook of Anxiety. Vol. 3: The Neurobiology of Anxiety. Amsterdam [etc.]: Elsevier Science Publishers B.V.; 1990. p. 355-361
- 12 Biondi M, Wyeth-Orfi SA. Psicobiología y terapéutica de la ansiedad en la práctica médica. Esplugues de Llobregat: Wyeth-Orfi, S.A.; 1989. p. 14-22.
- 13 Texas Research Institute of Mental Sciences. Annual Symposium, Mathew RJ. The Biology of anxiety: proceedings of the Fourteenth Annual Symposium, November 5-7, 1980, Texas Research Institute of Mental Sciences, Houston. New York: Brunner/Mazel; 1982. p. 23-31.
- 14 Carol F. Tankard, Shari R. Waldstein, Eliot L. Siegel, Lawrence E. Holder, David Lefkowitz, Frank Anstett, Leslie I. Katzel. Brain and Cognition. Cerebral blood flow and anxiety in older men: An analysis of resting anterior asymmetry and prefrontal regions. Volume 52, Issue 1, June 2003, Pages 70-78. Affective Neuroscience.
- 15 Gur RC, Gur RE, Resnick SM, Skolnick BE, Alavi A, Reivich M. J. Cereb Blood Flow Metab. The effect of anxiety on cortical cerebral blood flow and metabolism. 1987 Apr;7(2):173-7.
- 16 Nicholas D Giardino; Seth D Friedman; Stephen R Dager. Anxiety, respiration, and cerebral blood flow: implications for functional brain imaging. Department of Radiology, University of Washington school of Medicine, Seattle, WA 98105, USA. Comprehensive psychiatry 2007; 48(2): 103-12
- 17 Roy J. Mathew, William H. Wilson. Cerebral blood flow changes induced by CO₂ in anxiety. Psychiatry Research. 1998 Mar; 23 (3): 285-294
- 18 Joseph Zohar, MD; Thomas R. Insel, MD; Karen Faith Berman, MD; Edna B. Foa, PhD; James L. Hill, PhD; Daniel R. Weinberger, MD. Anxiety and Cerebral Blood Flow During Behavioral Challenge. Dissociation of Central From Peripheral and Subjective Measures. *Arch Gen Psychiatry*. 1989;46(6):505-510.
- 19 Kleinschmidt JJ, Digre KB, Hanover R. Idiopathic intracranial hypertension. Relationship to depression, anxiety, and quality of life. *Neurology* 2000; 54:319-324

- 20 Mosek, Nataly Fithlicher, Yori Gidron. Psychological correlates of idiopathic
intracranial hypertension. *Anat Kesler, Amnon. IMAJ* 2005; 7:627-630
- 21 Stein DJ. Manual clínico de los trastornos de ansiedad. Barcelona [etc.]: Ars
Médica; 2005. p. 180-182.
- 22 Chauveau B. La Ansiedad. Barcelona: Zambelletti; 1989. p. 15-31.
- 23 Liem, Torsten. La osteopatía craneosacra. 4ª edición. Barcelona, Editorial
Paidotribo, 2010. p. 537-544, 266-272
- 24 Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol*
1959; 32: 50-55.
- 25 Hamilton MC. Diagnosis and rating of anxiety. *Br j Psychiatry.* 1969; 3: 76-
79.
- 26 Lobo A, Camorro L, Luque A et al. Validación de las versiones en español de
la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety
Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. *Medicina
clínica* 2002. 118(13): 493-9.
- 27 Hunot V, Churchill R, Silva de Lima M, Teixeira V. Terapias psicológicas para
el trastorno de ansiedad generalizada. Reproducción de una revisión
Cochrane, traducida y publicada en La Biblioteca Cochrane Plus, 2008,
Número 1.
- 28 Barlow DH, Rapee RM, Brown TA. Behavioral treatment of generalized
anxiety disorder. *Behavior Therapy* 1992;23:551-70
- 29 Kendall, P. C., Marrs-Garcia, A., Nath, S. R. & Sheldrick, R. C. (1999).
Normative comparisons for the evaluation of clinical significance. *Journal of
Consulting and Clinical Psychology*, 67, 285-299
- 30 Oros de Sapia LB. Estrés y variables moderadoras de la percepción de
amenaza. *Interdisciplinaria.* ISSN 0325-8203. 2002, Vo. 19, Nº2, pp. 159-183
- 31 Cano Vindel A, Miguel Tobat JJ, González Ordi J, Iruarrizaga I. Activación
versus amenaza en la inducción de la reacción de ansiedad. *Psicothema.*
ISSN 0214-9915. 2009, Vol. 21, Nº 2, 2009, pp. 177-182
- 32 Bados López A, García Grau E, Fusté Escolano A. Eficacia y utilidad clínica de
la terapia psicológica. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la*

Salud/ International Journal of Clinical and Health Psychology. ISSN 1576-7329. 2002, Vol. 2, Nº 3, pp. 477-502

³³ Echeburúa E, De Corral P. Eficacia de las terapias psicológicas: de la investigación a la práctica clínica. Revista Internacional de Psicología Clínica y Salud / International Journal of Clinical and Health Psychology. ISSN 1576-7329. 2001, Vol.1, Nº1, pp. 181-204

³⁴ Benedito Monleon MC, Botella Arbona C. El tratamiento de la ansiedad generalizada por medio de procedimientos cognitivo-comportamentales. Psicothema. ISSN 0214-9915. 1992, Vol. 4, Nº2, pp. 479-490

³⁵ Hunot V, Churchill R, Silva de Lima M, Teixeira V. Terapias psicológicas para el trastorno de ansiedad generalizada (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

ANEXOS

Tabla 2²: Prevalencia de los trastornos de ansiedad siguiendo los criterios DSM-IV (datos ponderados a la población española). Años 2001-2002

Trastornos de ansiedad						
	Total		Hombres		Mujeres	
	Prev (%)	IC 95%	Prev (%)	IC 95%	Prev (%)	IC 95%
Ansiedad generalizada	1,89	(1,49-2,29)	1,15	(0,64-1,66)	2,57	(1,49-3,16)
Fobia social	1,17	(0,81-1,54)	1,06	(0,51-1,61)	1,28	(0,83-1,73)
Fobia específica	4,52	(3,82-5,23)	2,32	(1,60-3,05)	6,54	(5,38-7,69)
Trastorno de estrés postraumático	1,95	(1,18-2,73)	1,06	(0,00-2,2)	2,79	(1,71-3,87)
Agorafobia	0,62	(0,36-0,89)	0,47	(0,08-0,86)	0,76	(0,39-1,14)
Trastorno de angustia	1,70	(1,32-2,09)	0,95	(0,53-1,37)	2,39	(1,76-3,02)
Cualquier trastorno de ansiedad	9,39	(8,41-10,37)	5,71	(4,57-6,85)	12,76	(11,24-14,29)

IC: intervalo de confianza.

Tabla 3²: Prevalencia de trastornos de ansiedad clasificados según el DSM-IV por grupos de edad en población española. Años 2001-2002

Edad	Cualquier trastorno mental	Trastorno de ansiedad
	Prevalencia (IC del 95%)	Prevalencia (IC del 95%)
18-24 años	10,1 (7,3-12,9)	7,8 (5,3-10,4)
25-34 años	8,5 (6,3-10,8)	4,2 (2,9-5,6)
35-49 años	8,4 (6,6-10,2)	4,5 (3,2-5,8)
50-64 años	9,1 (6,8-11,3)	6 (4,3-7,7)
Mayores 65 años	6,6 (5,1-8,1)	3,9 (2,8-5,0)

IC: intervalo de confianza.

Figura 1³³

- a) *Respuesta*: reducción de los síntomas en, al menos, el 50% de los presentados al inicio del tratamiento.
- b) *Remisión*: disminución significativa de los síntomas, con retorno a un nivel de funcionamiento normal. Ya no se cumplen los criterios diagnósticos del cuadro clínico.
- c) *Recuperación*: remisión mantenida durante un período de 6-12 meses.
- d) *Recaída*: aparición de sintomatología durante la remisión o durante la recuperación.
- e) *Recurrencia*: aparición de sintomatología después de la recuperación. Este fenómeno aparece con frecuencia en las enfermedades crónicas, como en ciertos tipos de depresiones o de trastornos psicóticos.

FIGURA 1. Fases del tratamiento (Kupler, 1991)

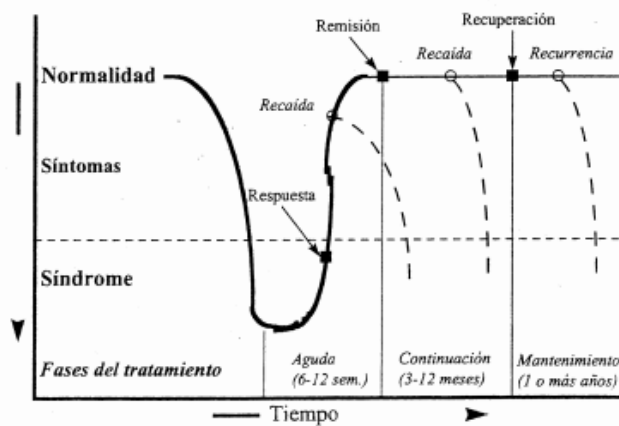
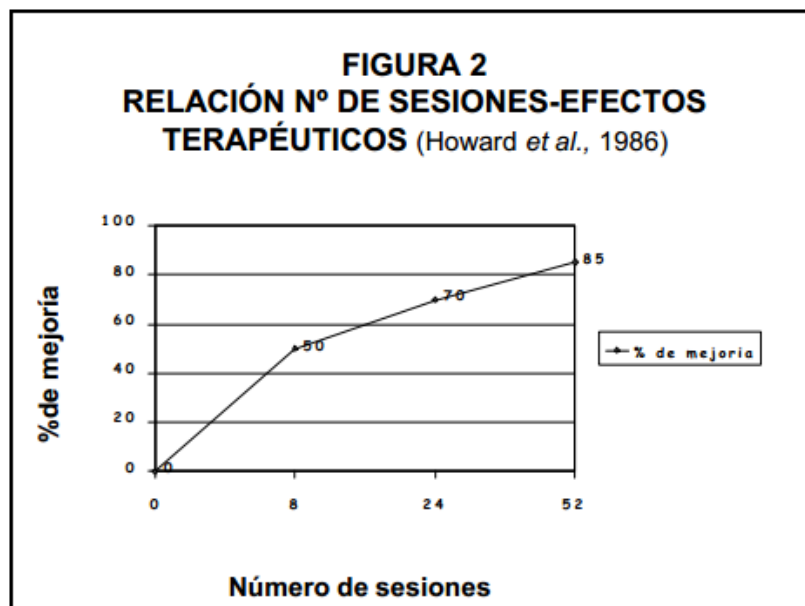


Figura 2³³

FIGURA 2
RELACIÓN N° DE SESIONES-EFECTOS
TERAPÉUTICOS (Howard et al., 1986)



- **Criterios DSM-IV** ⁶

A. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses.

B. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.

C. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses).

Nota: En los niños sólo se requiere uno de estos síntomas:

1. Inquietud o impaciencia

2. Fatigabilidad fácil

3. Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco

4. Irritabilidad

5. Tensión muscular

6. Alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador)

D. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.

E. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

F. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

Escala de Hamilton ⁷

0 ausente 1 leve 2 moderado 3 grave 4 muy grave/incapacitante

1. Estado de ánimo ansioso.

Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad

0 1 2 3 4

2. Tensión.

Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.

0 1 2 3 4

3. Temores.

A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.

0 1 2 3 4

4. Insomnio.

Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.

0 1 2 3 4

5. Intelectual (cognitivo)

Dificultad para concentrarse, mala memoria.

0 1 2 3 4

6. Estado de ánimo deprimido.

Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.

0 1 2 3 4

7. Síntomas somáticos generales (musculares)

Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.

0 1 2 3 4

8. Síntomas somáticos generales (sensoriales)

Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.

0 1 2 3 4

9. Síntomas cardiovasculares.

Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.

0 1 2 3 4

10. Síntomas respiratorios.

Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.

0 1 2 3 4

11. Síntomas gastrointestinales.

Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.

0 1 2 3 4

12. Síntomas genitourinarios.

Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.

0 1 2 3 4

13. Síntomas autónomos.

Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)

0 1 2 3 4

14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico)

Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.

0 1 2 3 4

Principios del MRP ¹

1. La movilidad de las articulaciones craneales
2. La movilidad del sacro
3. La movilidad de las meninges
4. La motilidad inherente del SNC
5. La fluctuación del líquido cefalorraquídeo

Objetivos específicos del tratamiento craneal ¹

1. Normalizar la función nerviosa
2. Contrarrestar a los factores generadores de estrés
3. Eliminar la estasis circulatoria
4. Normalizar la fluctuación del líquido cefalorraquídeo
5. Liberan la tensión membranosa
6. Corregir las lesiones articulares craneales
7. Modificar los patrones estructurales macroscópicos

Tipos de tratamiento en la osteopatía craneal ¹

1. Exageración
2. Acción directa
3. Despegue
4. Movimiento fisiológico opuesto
5. Moldeamiento

Tabla 4 ²

Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) para el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)

Recomendaciones generales	
A	Se recomienda la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) como uno de los tratamientos de elección para el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) por su efectividad en la reducción de los síntomas de ansiedad, preocupación y tristeza, tanto a corto como a largo plazo, aunque se deben tener en cuenta las preferencias del paciente.
A	Las intervenciones con TCC deben incluir una combinación de intervenciones tales como reestructuración cognitiva, exposición, relajación y desensibilización sistemática.
A	La TCC debe ser aplicada en unas 10 sesiones (unos 6 meses) como media, ya que no se consigue una mayor efectividad aplicándola durante más tiempo.
A	La TCC puede ser aplicada de manera individual o en grupo, ya que los efectos son similares, aunque el tratamiento individual conlleva menores tasas de abandono.
Atención Primaria	
B	Se recomienda la aplicación de intervenciones cognitivo-conductuales (relajación, reconocimiento de pensamientos ansiogénicos y de falta de autoconfianza, búsqueda de alternativas útiles y entrenamiento en acciones para resolución de problemas, técnicas para mejorar el sueño y trabajo en casa) por profesionales entrenados en los centros de salud.
B	Se aconseja la realización de talleres grupales basados en relajación y técnicas cognitivas aplicables en los centros de salud.
✓	Los talleres grupales, deben tener una duración de al menos 8 sesiones (1 por semana), realizarse de forma reglada y ser dirigidos por profesionales entrenados de los equipos de Atención Primaria.

Tabla 5 ²

Técnicas psicológicas de aplicación en nuestro contexto de Atención Primaria para el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)

✓	Las intervenciones breves en AP deben realizarse por profesionales formados y tener unas características comunes de aplicabilidad: ser estructuradas, sencillas y fáciles de aplicar, breves, con tiempos pautados, objetivos concretos y con efectividad descrita.
✓	Como técnicas psicológicas de posible aplicación en AP, para reducir la sintomatología ansiosa del TAG, se recomiendan: técnicas de relajación, de exposición, de autocontrol, de entrenamiento en habilidades sociales, de autoinstrucciones, de entrenamiento en el manejo de la ansiedad, de distracción cognitiva y detención del pensamiento, de resolución de problemas, de reestructuración cognitiva y de terapia interpersonal.

Tabla 6 ²

Antidepresivos para el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)

A	Se recomienda la utilización de los antidepresivos como uno de los tratamientos farmacológicos de elección para el TAG.
B	Como antidepresivos a utilizar, se recomiendan, los ISRS (paroxetina, sertralina o escitalopram), los ISRSN (venlafaxina de liberación prolongada) y los ADT (imipramina).
C	No se recomienda la prescripción de la venlafaxina a pacientes con alto riesgo de arritmias cardíacas o infarto de miocardio reciente, y en pacientes hipertensos sólo se utilizará cuando la hipertensión esté controlada.
✓	Cuando la respuesta a las dosis óptimas de uno de los ISRS es inadecuada o no son bien tolerados, debe cambiarse a otro ISRS. Si no hay ninguna mejoría después de 8-12 semanas, considerar la utilización de otro fármaco con diferente mecanismo de acción (ISRSN, ADT).
B	Durante el embarazo la elección del tratamiento debe considerar si las ventajas potenciales para la madre debidas a los ISRS prescritos superan los posibles riesgos para el feto.
B	Para disminuir el riesgo potencial de efectos adversos neonatales, se debe usar la dosis eficaz más baja de ISRS, la duración de tratamiento más corta posible y como monoterapia.
✓	En la prescripción de los antidepresivos los pacientes deben ser informados de los objetivos terapéuticos, la duración del tratamiento, los posibles efectos secundarios y los riesgos de la interrupción brusca del tratamiento.
✓	En la prescripción de los antidepresivos considerar: edad, tratamiento previo, tolerancia, posibilidad de embarazo, efectos secundarios, preferencias del paciente y el coste a igual efectividad.

Nota: La Ficha Técnica de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS)¹⁴² para la sertralina, no recoge la indicación terapéutica para el TAG. En el caso de la imipramina (Ficha Técnica no disponible) el prospecto tampoco recoge dicha indicación.

Tabla 7 ²

Benzodiacepinas (BZD) para el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)

B	Se recomienda la utilización a corto plazo de las BZD, no más allá de 4 semanas, y cuando sea crucial el control rápido de los síntomas o mientras se espera a la respuesta del tratamiento con antidepresivos o TCC.
B	Como BZD a utilizar se recomiendan alprazolam, bromazepam, lorazepam y diazepam.
B	Para evitar el riesgo potencial de defectos congénitos, se debe usar la dosis eficaz más baja de BZD, la duración de tratamiento más corta posible y como monoterapia. Si se necesitan concentraciones más altas, se debería dividir, la dosificación diaria en dos o tres dosis, evitando el empleo durante el primer trimestre.
✓	En la prescripción de las BZD los pacientes deben ser informados de los objetivos terapéuticos, la duración del tratamiento y de los posibles efectos secundarios.
✓	En la prescripción de las BZD considerar: edad, tratamiento previo, tolerabilidad, posibilidad de embarazo, efectos secundarios, preferencias del paciente y el coste a igual efectividad.

Tabla 8 ²

Otros fármacos para el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)

Otros fármacos	
B	Se pueden utilizar azapironas (buspirona) a corto plazo, sobre todo en aquellos pacientes con TAG que previamente no hayan tomado BZD, aunque en España su uso es muy limitado.
✓	La utilización de otros fármacos como la pregabalina, hidroxicina, antipsicóticos atípicos y otros, bien por su poca experiencia en clínica o por su indicación para TAG refractarios, deberían ser pautados tras la valoración del paciente en Atención Especializada en Salud Mental.
No recomendados	
B	No se recomienda la utilización de los Beta-bloqueantes (propranolol) para el tratamiento del TAG.

Tabla 9 ²

Tratamiento combinado (TCC y medicación) para el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)

Aplicación en el ámbito de Atención Primaria	
B	Se recomienda el tratamiento combinado de TCC y diazepam o la TCC por sí sola, frente a la utilización de diazepam solo, por su ventaja en términos de gravedad y cambio global de los síntomas, aunque se debe tener en cuenta las preferencias del paciente.
B	En el tratamiento combinado, como TCC en los centros de salud, se recomiendan 7 sesiones durante 9 semanas, realizadas por profesionales entrenados en terapia cognitiva y relajación muscular progresiva. El paciente debe realizar además trabajo en casa.
✓	Se recomienda, en los centros de salud, terapia combinada que incluya intervenciones grupales, cognitivas y de relajación, en al menos 8 sesiones (1 por semana), realizadas de forma reglada y dirigidas por profesionales entrenados de los equipos de Atención Primaria.

(TCC=tratamiento cognitivo conductual)

Tabla 10 ²

Información/comunicación al paciente con Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), Trastorno de Angustia (TA) y/o Crisis de Angustia

✓	La información al paciente debería formar parte del manejo integral de los trastornos de ansiedad en el nivel de Atención Primaria.
D	Se debe proporcionar al paciente, y cuando sea apropiado a la familia, información basada en la evidencia, sobre sus síntomas, las opciones de tratamiento y las posibilidades de manejo de su trastorno, y tener en cuenta sus preferencias, para facilitar la toma de decisiones compartida.
D	Se recomienda mantener un estilo de consulta basado en la empatía y el entendimiento para mejorar la satisfacción de los pacientes.
D	Se debe valorar la posibilidad de apoyo familiar, tener en cuenta los recursos sociales disponibles y sugerir los cambios de estilo de vida más apropiados.

Tratamiento de los Senos Venosos²³

Imagen 1: confluencia de los senos



Imagen 2: seno transverso y seno recto



Imagen 3: seno sagital superior, primera parte

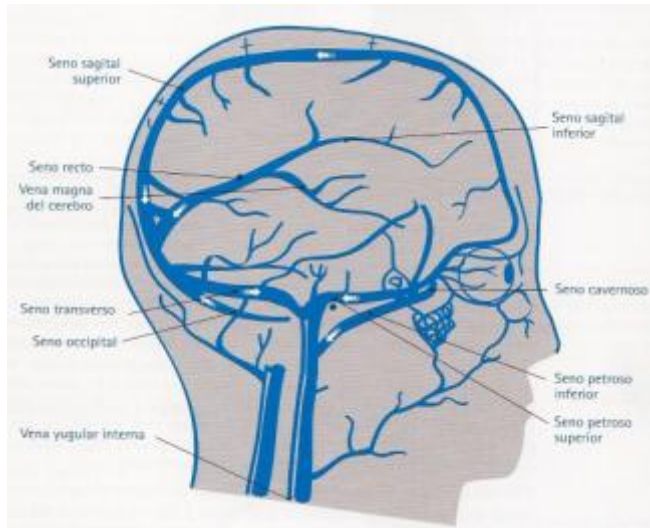


Imagen 4: seno sagital superior, segunda parte



Anatomía de los senos venosos ²³

Imagen 5:



Document de conformitat 1

L'estudi de l'efecte de l'abordatge osteopàtic en el trastorn d'ansietat generalitzada té com a objectiu principal aplicar un tractament osteopàtic al pacient per tal de millorar la simptomatologia del trastorn d'ansietat generalitzada.

Es revisarà que el pacient compleixi els criteris diagnòstics del DSM-IV, criteris emprats per psicòlegs, per tal de poder formar part de la investigació.

Abans del primer tractament el pacient haurà de respondre a l'Escala de Hamilton per veure quin nivell d'ansietat té, aquesta escala es realitzarà una setmana després del darrer tractament per tal de veure'n l'evolució.

Així doncs es realitzaran tres tractaments, amb una separació entre ells d'unes tres setmanes, segons disponibilitat del pacient.

Es realitzarà en una habitació tancada i amb una camilla al centre.

Es realitzarà l'anomenada tècnica dels sinus venosos: el pacient estarà panxa amunt, el terapeuta sentat en una cadira a prop del cap de la camilla, agafant el cap del pacient. Es faran uns punts de pressió sobre els sinus venosos del crani, ha de ser indolor o suportable. El pacient pot parar el tractament en qualsevol moment per qualsevol motiu

No es transmetrà cap informació que pugui sorgir de l'entrevista, així com durant les sessions de tractament sense el consentiment del pacient

He rebut la informació necessària, he entès adequadament dita informació, i després de tot el citat anteriorment he pres voluntàriament la decisió de participar en el cas clínic lliure de coacció, intimidació, persuasió o manipulació.

Firma del pacient

Firma de l'autor de la tesina

Data

Document de conformitat 2

L'estudi de l'efecte de l'abordatge osteopàtic en el trastorn d'ansietat generalitzada té com a objectiu principal aplicar un tractament osteopàtic al pacient per tal de millorar la simptomatologia del trastorn d'ansietat generalitzada.

Es revisarà que el pacient compleixi els criteris diagnòstics del DSM-IV, criteris emprats per psicòlegs, per tal de poder formar part de la investigació.

Abans del primer tractament el pacient haurà de respondre a l'Escala de Hamilton per veure quin nivell d'ansietat té, aquesta escala es realitzarà una setmana després del darrer tractament per tal de veure'n l'evolució.

Així doncs es realitzaran tres tractaments, amb una separació entre ells d'unes tres setmanes, segons disponibilitat del pacient.

Es realitzarà en una habitació tancada i amb una camilla al centre.

Al pacient se li aplicaran pressions mantingudes sobre la musculatura de les extremitats inferiors. Primer es farà la cama dreta i després l'esquerra i els músculs seran: quàdriceps, isquiotibials, tibial anterior i musculatura peronea. Es buscaran punts de dolor (suportable) i es farà una pressió mantinguda sobre aquests. El pacient podrà aturar el la sessió de tractament en el moment que ho desitgi.

No es transmetrà cap informació que pugui sorgir de l'entrevista, així com durant les sessions de tractament sense el consentiment del pacient.

He rebut la informació necessària, he entès adequadament dita informació, i després de tot el citat anteriorment he pres voluntàriament la decisió de participar en el cas clínic lliure de coacció, intimidació, persuasió o manipulació.

Firma del pacient

Firma de l'autor de la tesina

Data