

EVALUACIÓN DE MODALIDADES DE INTERVENCIÓN EN EL ÁMBITO PÚBLICO PARA POBLACIÓN CON TRASTORNO DE PÁNICO

ASSESSMENT OF INTERVENTION MODALITIES IN THE PUBLIC SPHERE FOR POPULATION WITH PANIC DISORDER

Quesada, Silvia¹; Arano, María Paula²; Morandi, Paola³; Pérez, Marcelo⁴

RESUMEN

Se presentan los resultados de un proyecto de investigación clínica desarrollado en la Dirección General de Salud y Asistencia Social, UBA, que evaluó la eficacia terapéutica en el tratamiento del ataque de pánico. Para ello se compararon dos modalidades terapéuticas: Psicoterapia Focal de Orientación Psicoanalítica (POP) y Tratamiento Combinado (TC) -POP y Tratamiento Psicofarmacológico-. La muestra fue constituida por 55 sujetos con trastorno de pánico, según los criterios del DSM-IV TR, que recibieron aleatoriamente uno u otro tratamiento durante 12 sesiones a razón de una sesión semanal. Los resultados obtenidos demostraron que POP y el TC constituyen modalidades de intervención eficaces en el tratamiento del trastorno de pánico permitiendo reducir la sintomatología del mismo, mejorar la calidad de vida del paciente y mantener los resultados en el largo plazo. POP favorece la adherencia al tratamiento farmacológico. El TC no mostró diferencias significativas respecto de POP con relación a su eficacia.

Palabras clave:

Trastorno de pánico - Psicoterapia focal de orientación psicoanalítica - Tratamiento combinado

ABSTRACT

We are presenting the conclusions of a clinical research project developed by the General Directorate for Health and Social Assistance, UBA, which assessed the therapeutic efficacy in the treatment of a panic attack.

The results were based on the comparison of two therapeutic modalities: Focal Psychoanalytically Oriented Psychotherapy (POP) and Combined Treatment (TC) -POP and Psychopharmacological Treatment.

The sample group was comprised of 55 subjects with panic disorder (based on DSM-IV TR panic disorder diagnosis) who randomly received one or another weekly treatment during a period of 12 weeks (one session per week).

The results showed that POP and the TC are effective intermission methods for the treatment of panic disorder, the ability to reduce the symptoms, improve the quality of life of the patient, and maintain long term results.

POP favors adherence to pharmacological treatment. The TC showed no significant differences with regard to POP with relation to its efficacy.

Key words:

Panic disorder - Focal psychoanalytically oriented psychotherapy - Combined treatment

¹Prof. Adj. Reg. en Psicoanálisis Freud, Cat. II Facultad de Psicología. UBA. Directora de Salud Mental, Dirección de Salud y Asistencia Social, UBA. E-mail: sgquesada@hotmail.com

²Psicóloga clínica, Departamento de Salud Mental, Dirección General de Salud y Asistencia Social, UBA.

³Idem 2.

⁴Prof. Adj. Reg. en Teoría y Técnicas de Exploración y Diagnóstico Mod. I Facultad de Psicología UBA.

Introducción

El presente trabajo se propone presentar resultados obtenidos a partir del desarrollo del Proyecto de Investigación Clínica: *“Modalidades de intervención en el ámbito público para población que padece de ataque de pánico”*. El mismo tuvo sede en la Dirección General de Salud y Asistencia Social de UBA, en el marco de la Programación Científica 2011-2014 de la Secretaría de Ciencia y Técnica de la Universidad de Buenos Aires, y estuvo bajo la dirección de la Dra. Silvia Quesada.

El objetivo del estudio fue comparar la eficacia de dos de las modalidades de intervención más frecuentes en el ámbito público para el tratamiento del trastorno de pánico: psicoterapia focal de orientación psicoanalítica y tratamiento combinado (psicoterapia y farmacoterapia).

El motivo de la elección de estos modos de intervención fue que ambos son los más utilizados en el ámbito de la salud pública de la Ciudad de Buenos Aires para el tratamiento del ataque de pánico, con probada eficacia y efectividad. También se tomó en cuenta en la elección del modelo psicoterapéutico que la mayoría de los profesionales de los servicios de salud mental poseen una formación psicoanalítica.

Por otro lado, la información disponible acerca de la ventaja del tratamiento combinado por encima de algún tipo de monoterapia- sea esta psicoanalítica o no- parece ser bastante controvertida y no concluyente. Esta fue una de las principales razones que motivó la contrastación realizada, ya que el equipo sostenía como hipótesis que no existe evidencia a favor del tratamiento combinado versus la monoterapia para la atención de pacientes con pánico. El marco teórico referencial a partir del cual se ubica la noción de terror, considerada como equivalente a la de pánico, es el psicoanálisis freudiano. En este sentido es necesario, diferenciarla de la noción de angustia.

Desde diferentes paradigmas que abordan el término, y también desde el propio psicoanálisis se solapan términos que son heteróclitos: angustia, pánico, ansiedad, entre otros, en detrimento de su comprensión.

La angustia es preparación frente al peligro, teniendo en cuenta, tal como Freud sostiene, cuando considera que el verdadero peligro, lo verdaderamente temido por el yo, el núcleo genuino del mismo, es la irrupción de cantidades que no pueden ser tratadas de acuerdo con el principio de placer y descarga es decir que no admiten ligadura. Freud (1926). Se puede sostener que allí se está en la dimensión del terror. La angustia en tanto afecto es parapeto, protección, ligadura. El terror es irrupción, ausencia de preparación, falta por lo tanto de ligadura.

Esta diferencia es de observación directa en la clínica. En el instante de pánico, de terror, no hay tras que parapetarse. Cuando aparece la palabra, la significación, se opaca el registro del cuerpo, en su dimensión pulsional y puede aparecer la angustia. Será entonces necesario desde el punto de vista metapsicológico, situar el terror en relación con la represión primaria.

Teniendo en cuenta esta concepción del pánico se emprendió el estudio clínico que aquí se presenta.

DESARROLLO

Metodología

Se compararon el diagnóstico y la evolución del tratamiento, de 12 sesiones, de dos grupos de pacientes, donde uno de ellos recibió psicoterapia focalizada de orientación psicoanalítica (POP) y el otro recibió un tratamiento combinado (TC), es decir el mismo tipo de psicoterapia más farmacoterapia.

Refiriéndonos brevemente a una de las modalidades terapéuticas adoptadas, la psicoterapia focal de orientación psicoanalítica (POP) se basó en los lineamientos aportados por Bárbara Milrod y otros (1997) en su manual sobre psicoterapia psicodinámica focalizada en trastorno de pánico (PFPP). Este tipo de psicoterapia breve, atiende fundamentalmente los síntomas del ataque de pánico. En la primera parte del tratamiento, se apunta a encontrar las experiencias que se relacionan con el comienzo del ataque de pánico, centrándose en las circunstancias anteriores al episodio, los pensamientos, sentimientos del paciente durante el ataque y los significados que le adjudica a los síntomas de pánico. Aquí las intervenciones intentan explorar y aliviar los ataques de pánico.

En una segunda etapa del tratamiento, se explora con mayor profundidad los conflictos inconscientes que desencadenan los síntomas de pánico. Durante esta fase la instalación de la transferencia permite trabajar los patrones de las relaciones del paciente, a medida que emergen en la relación con el profesional. Uno de los objetivos de esta fase es reducir la vulnerabilidad frente a una recaída. En la tercera y última etapa del tratamiento, se tratan las dificultades del paciente con la separación e independencia y cómo estas últimas puedan ser re- experimentadas en el vínculo con el profesional. De este modo las fantasías subyacentes pueden comenzar a ser articuladas, y resignificadas.

Características de la muestra

Se reunió una muestra inicial de 55 pacientes entre 18 y 45 años; 30 de ellos finalizaron el proceso completo de tratamiento de 12 sesiones y su correspondiente evaluación. De estos 30 pacientes, 18 fueron derivados a Psicoterapia focal de Orientación Psicoanalítica (POP) y 12 recibieron Tratamiento Combinado (POP y Tratamiento psicofarmacológico).

Los profesionales que desarrollaron ambos tipos de tratamiento pertenecen al Departamento de Salud Mental de la Dirección General de Salud y Asistencia Social de UBA. En todos los casos se les informó a los pacientes sobre los alcances del proyecto en el que estaban participando, sus características e incumbencias. Se les solicitó de igual modo el consentimiento informado sobre su participación de acuerdo a lo establecido por el comité de ética. Cabe señalar que el 50% de los pacientes que recibieron POP y el 2% de los pacientes que recibieron TC estuvieron integrados por estudiantes universitarios. Éstos fueron diagnosticados, en primera instancia, a partir de la evaluación que se realiza en el marco del examen preventivo de salud, establecido por Res. (CS) N° 2.658/04. En tanto es-

tos estudiantes no disponían de obra social o sistema de cobertura pre-paga fueron derivados en forma directa para una entrevista de admisión ingresando luego al protocolo que les permitió recibir asistencia psicológica gratuita.

El 50% restante de los pacientes que recibieron POP y el total de pacientes que recibieron TC fueron derivados por otros profesionales, integrantes del proyecto, que se desempeñan en los servicios de guardia de hospitales públicos de la ciudad de Buenos Aires.

Instrumentos para la recolección de datos

Todos los pacientes derivados al protocolo realizaron una entrevista de admisión en la cual se explicaron las características del tratamiento que recibirían. Tanto en esa instancia como a mitad del tratamiento y en su finalización, se utilizaron los instrumentos: *SCL 90-R*, *ETAPA* y un *Registro Profesional de Ponderación de Síntomas* creado ad hoc para la ocasión. Dichos instrumentos fueron utilizados, también, en la instancia final de seguimiento y evaluación al cabo de un año de finalización del tratamiento.

El *SCL-90 R* (Symptom Checklist 90 Revised) es el Listado de síntomas psicopatológicos creado por Derogatis (1994) y adaptado por Casullo (1999), un instrumento autoadministrable que mide entre sus nueve dimensiones clínicas, las que se consideraron importantes a los fines del estudio: somatizaciones, ansiedad, depresión, síntomas obsesivo-compulsivos, y fobias. Mide, además, la intensidad o severidad de los síntomas. También posee ítems adicionales, entre ellos los más destacados para este estudio clínico fueron: pensamientos acerca de la muerte o morir, sueño intranquilo o sentimientos de culpa. Por otro lado, cuenta con tres índices globales que pretenden evaluar el estilo de respuesta así como el malestar general percibido.

Evaluación de Trastornos de Ansiedad y Pánico (ETAPA). Es un instrumento autoadministrable que fue especialmente diseñado para este estudio. Permite relevar los criterios para Crisis y Trastorno de Pánico especificados en el DSM-IV TR y luego revisados con el DSM 5, e identificar además elementos que ayuden a evaluar diferencialmente el trastorno sobre todo con respecto a otros Trastornos de Ansiedad, grupo al cual pertenece. Para este fin, el inventario permite explorar la intensidad y frecuencia de los síntomas específicos del Trastorno de Pánico como también de otros que suelen tener comorbilidad con este. El criterio de inclusión de esta última evaluación fue que además de determinar si se cumple el criterio diagnóstico exigido-, el instrumento pueda detectar cómo percibe el examinado su afección y el curso que esta tuvo, permitiendo relevar información que debería redundar en mejores decisiones de intervención.

El inventario está compuesto por dos partes que totalizan 17 ítems: la primera la conforman diez ítems con los que se busca evaluar si el examinado tiene síntomas de ansiedad y si estos son lo suficientemente intensos o frecuentes como para que indiquen la presencia de un Trastorno de Ansiedad. También se releva aquí información sobre si el examinado tiene conductas fóbicas, que permitan precisar el diagnóstico- en caso de haberlo.- de

Trastorno de Pánico con o sin Agorafobia. En esta primera parte, se busca determinar que -si el examinado tiene síntomas de ansiedad-, pueda describir su malestar aun cuando éste finalmente no resultara un Trastorno de Pánico, llevándolo a responder frases que paulatinamente exploran síntomas más generales a más específicos, y con ello no desestimar a priori acceder a información sobre sujetos sin Trastorno de Pánico pero con síntomas que ameriten intervención profesional. En el caso en que el evaluado finalmente resulte cumplir los criterios de crisis o un diagnóstico de Trastorno de Pánico, toda la información relevada en esta primera parte va a ser muy útil para precisar el diagnóstico diferencial y su gravedad. La segunda parte de ETAPA, conformada con siete ítems -algunos con sub-ítems- releva específicamente presencia de Crisis de Pánico y Trastorno de Pánico.

En resumen, ETAPA permite realizar cuatro tipos de evaluación: 1) relevar criterios diagnósticos de Crisis de Pánico, 2) relevar criterios diagnósticos de Trastorno de Pánico, 3) relevar indicadores para el diagnóstico diferencial del Pánico dentro de otros Trastornos de Ansiedad y 4) relevar presencia, ausencia e intensidad de la sintomatología.

Registro Profesional de Ponderación de Síntomas, también fue creado específicamente para este estudio, con el fin de identificar la presencia de variables clínicas importantes para la admisión de pacientes al protocolo como para comparar la evolución de los grupos contrastados y para la evaluación en la q principal una evaluación a nivel de registro consciente por parte del paciente de su sintomatología y varios de ellos también evalúan su intensidad, los otros 3 ítems restantes indagan sobre la dimensión inconsciente y sus efectos. Su valoración no la realizan los pacientes sino los profesionales que evalúan el tratamiento llevado a cabo con los mismos.

En cuanto a los aspectos psicofarmacológicos de los pacientes tratados

A los pacientes de TC se les suministró Clonazepán, en distintas dosis. Desde 0,25 mg hasta 2 mg. por día, según lo requiriera cada uno de ellos y de acuerdo al momento del tratamiento. En algunos casos, también se indicaron los antidepresivos, del tipo de la Sertralina (50 o 100 mg). Tanto en el comienzo como en el final, se aumentaron y disminuyeron las dosis, gradualmente, como es lo aconsejable. En ningún caso fue necesario acompañar dicha medicación con antipsicóticos, o estabilizadores del ánimo u otro psicofármaco, dada la ausencia de co-morbilidad.

RESULTADOS

El análisis de los datos obtenidos permite plantear los siguientes resultados:

De la comparación de la administración de ETAPA al inicio, promedio y final del tratamiento surge que:

- 1) Al inicio del tratamiento el total de los pacientes de ambos grupos padecía sintomatología compatible con crisis de pánico.
- 2) Promediando el tratamiento (6 sesiones) el porcentaje se redujo al 60%, también para ambos grupos.
- 3) Al final del tratamiento la sintomatología compatible con

crisis de pánico se redujo en frecuencia e intensidad al 5% en POP y TC.
 4) El reconocimiento de las crisis de pánico por parte del paciente, descendió en forma progresiva entre el co-

mienzo del tratamiento, la evaluación intermedia y el final del tratamiento, desde un 87,5 % al comienzo a un 12,5% al finalizar el tratamiento. La significación estadística es $p \leq 0,01$.

Tabla 1

Reconocimiento crisis de Pánico	Numero de toma			Significación Chi 2
	Comienzo	6 sesiones	Final	
No	12,5%	42,8 %	87,5%	0,010
Si	87,5%	57,2%	12,5 %	

Tabla 1. Diferencia reconocimientos crisis de pánico comienzo fin de tratamiento N=30

Los pacientes tratados por la psicoterapia POP manifestarían tener cambios en varias de las áreas evaluadas por el SCL-90R. Estas son: *Somatizaciones, Sensitividad Interpersonal, Depresión, Ansiedad Fóbica e Ideación Paranoide*; todas a favor de la mejoría y con una significación

estadística $p \leq 0,05$. Se destaca entre los índices globales *El Total de Síntomas Positivos* que también disminuye pero en este caso con una significación mayor a $p \leq 0,01$. En cambio, en el TC (POP y farmacoterapia) no se encuentra ninguna diferencia significativa.

Tabla 2

Escala SCL 90	Comienzo tratamiento (Rango promedio)	Final tratamiento (Rango promedio)	Sig. Dif. (U de Mann Whitney)
Somatizaciones	9,0	3,0	0,017
Sensitividad Interpersonal	6,5	4,0	0,012
Depresión	8,71	3,40	0,025
Ansiedad Fóbica	7,93	4,50	0,041
Ideación Paranoide	7,83	3,80	0,014
Total Síntomas Positivos	6,38	8,00	0,004

Tabla 2. Diferencia resultados SCL 90 principio - final del tratamiento pacientes tratados POP. N= 18.

En cuanto al análisis comparativo de las dos modalidades de tratamiento (POP y TC), ambas mostraron tener eficacia. Los pacientes que recibieron solo psicoterapia focal de orientación psicoanalítica mostraron mayor adhesión al tratamiento, y mayor sostenimiento de los resultados en un porcentaje 87,50% (POP) y 80% (TC).

En cuanto a la etapa de seguimiento, es decir el trabajo con pacientes que fueron re-evaluados al año de concluido el tratamiento, concurrió el 50 % de los pacientes que había recibido POP y el total de ellos manifestó no haber sufrido otra crisis de pánico. Del grupo que recibió TC, concurrió el 25% de los pacientes que habían concluido el tratamiento y también en este último caso surgió de la entrevista y de los resultados de los instrumentos administrados una remisión de la sintomatología, y reducción de los síntomas ansiosos en intensidad y frecuencia. Si bien en los porcentajes hay una marcada diferencia

entre la asistencia de un grupo a otro a esta segunda evaluación, en ambos casos la asistencia fue harta baja respecto a la muestra original, lo que llevó a tamaños muestrales que diluyen la significación estadística. No obstante, de las entrevistas realizadas a las que asistieron, se supone que el desinterés de los que no lo hicieron a esta post- evaluación, estaría vinculado a la pérdida de motivación debida a la no recurrencia de los síntomas.

Conclusiones

A pesar de tratarse de una muestra pequeña, para ambos tipos de tratamiento, se la considera representativa en función de los objetivos propuestos y se puede concluir en base a los resultados obtenidos que:

- La psicoterapia focal de orientación psicoanalítica (POP) y el tratamiento combinado constituyen modalidades de intervención eficaz en el tratamiento del tras-

torno de pánico permitiendo reducir la sintomatología del mismo, mejorar la calidad de vida del paciente y mantener los resultados en el largo plazo.

- La psicoterapia focal de orientación psicoanalítica (POP) favorece la adherencia al tratamiento. El tratamiento combinado no mostró diferencias significativas respecto de la psicoterapia focal de orientación psicoanalítica con relación a su eficacia.
- En concordancia con la hipótesis planteada en nuestra investigación, no existe evidencia a favor del TC versus la monoterapia para la atención de pacientes que padecen ataque de pánico.

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association (APA). (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (1998). Practice guideline for the treatment of patients with panic disorder. Disponible en, www.psych.org
- Bayo-Borrás, R., Cerdá, E., Hernández, J., Martí, J., Puiggermanal, R. & Sort, A. (1999). Procediment per a l'avaluació d'un tractament psicoterapèutic. Premi Ferran. Salsas i Roig 1999. Diputación de Barcelona, 2000.
- Bleichmar, H. (1997). Avances en psicoterapia psicoanalítica. Hacia una técnica de intervenciones específicas. Barcelona: Paidós.
- Casullo, M. M. (1999). El Listado de Síntomas SCL-90R de Derogatis. Buenos Aires: Departamento de Publicaciones, Facultad de Psicología, UBA.
- Cohen, R. J. & Swerdlik, M. E. (2000). Pruebas y Evaluación Psicológicas. México: McGraw Hill.
- Dahlbender, R. W., Kächele, H., Frevet, G. & Schnekenburger, S. (1995) La formulación formal del foco en la psicoterapia. En: D Defey, J. H., Elizalde, J. Rivera (compiladores) Psicoterapia focal. Montevideo: Roca Viva.
- Derogatis, L. R. (1994). The Symptom Checklist - 90 - Revised (SCL90R). London: Pearson.
- Fernández Liporace, M.M., Cayssials, A. & Pérez, M. (2009). *Curso básico de Psicometría*. Buenos Aires: Lugar.
- Freud, S. (1926). Inhibición, Síntoma y Angustia. Obras Completas, Tomo XX. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1933). Conferencia 32, "Angustia y vida pulsional". Obras Completas, Tomo XXII. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Milrod, B., Busch, F., Cooper, A. & Shapiro, T. (1997). *Manual of Panic-Focused Psychodynamic Psychotherapy*. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Milrod, B., Leon, A. C., Busch, F., Rudden, M., Schwalberg, M., Clarkin, J., Aronson, A., Singer, M., Turchin, W., Klass, E. T., Graf, E., Teres, J. J., & Shear, M.K. (2007). A Randomized Controlled Clinical Trial of Psychoanalytic Psychotherapy for Panic Disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 164, 265-272.
- Quesada, S. (2010). Una Explicación psicoanalítica del ataque de pánico. Buenos Aires: Ed. Letra Viva.

Fecha de recepción: 15/05/15

Fecha de aceptación: 20/10/15