

Seguimiento de pacientes con Trastorno de Pánico y Agorafobia mediante la utilización de Escalas de Evaluación

AUTORES: Dr. Enzo Cascardo - Dr. Pablo Resnik (Médicos Especialistas en Psiquiatría integrantes de la Asociación Argentina de Trastornos de Ansiedad)

Publicado en Revista Científica Anxia. 2000. N°2:18-22.

Resumen

El Cuestionario de Sensaciones Corporales (CSC) y el Cuestionario de Cogniciones Agorafóbicas (CCA) son escalas ampliamente utilizadas para la evaluación del "Miedo al Miedo" en pacientes agorafóbicos, y también como elementos para observar la evolución del tratamiento en pacientes con Trastorno de Pánico. El Inventario de Movilidad para Agorafobia (IMA) evalúa el impacto conductual medido en frecuencia de conductas evitativas.

El objetivo de este estudio retrospectivo es la descripción y presentación de los resultados del seguimiento de pacientes con Trastorno de Pánico con o sin Agorafobia, mediante la utilización de escalas de evaluación.

Nuestro Estudio muestra que promediando el 3er. mes de tratamiento el paciente está prácticamente con puntajes normales en el CSC y en el CCA . Al 6to. mes de tratamiento el paciente puntúa casi normal en todos los cuestionarios, está libre de síntomas corporales, cognitivos y conductuales.

El seguimiento de un grupo de pacientes a lo largo de sus primeros seis meses de tratamiento, bajo un abordaje Integrado de Psicofarmacoterapia y Terapia Cognitivo-Conductual ha mostrado, a través de la objetivación con el CSC, el CCA y el IMA una importantísima reducción sintomática, hasta niveles cercanos a la normalidad.

Introducción

Desde que en 1984 Chambless y Col. publicaron la utilización del Cuestionario de Sensaciones Corporales (CSC) y el Cuestionario de Cogniciones Agorafóbicas (CCA) para la evaluación del "Miedo al Miedo" en pacientes agorafóbicos, ambas escalas han sido muy usadas no solo para esto, sino como elementos para ver la evolución del tratamiento en pacientes con Trastorno de Pánico.

Estas escalas han tenido un enorme valor inicial al lograr discriminar y objetivar de modo confiable las distintas manifestaciones físicas y cognitivas que componen la crisis.

El CSC reúne los síntomas físicos que se presentan durante las crisis de pánico y los puntúa de acuerdo con el grado de temor o preocupación que genera cada uno de ellos en el paciente. Consta de 17 ítems que se puntúan de 1 a 5 según la manifestación sea nula, leve moderada, grave o severa. El puntaje mínimo es 17 y el máximo 85.

El CCA agrupa los distintos pensamientos catastróficos a cerca de los resultados de la ansiedad, puntuando la frecuencia con que se presentan cuando el paciente está ansioso o en crisis. Consta de 14 ítems que se puntúan igual que el anterior, el mínimo es de 14 y el máximo 70.

Durante ese mismo año estos autores presentaron también el Inventario de Movilidad para Agorafobia (IMA). Este último evalúa el impacto conductual, medido en frecuencia de conductas evitativas. Esta escala tiene 26 ítems, cada uno de ellos también se puntúa de 1 a 5, el mínimo es 26 y el extremo 130.

Por todo esto, ya desde el primer testeo con estos tres instrumentos, obtenemos la siguiente y fundamental información:

1. Diagnóstico, es decir la presencia o no de la crisis de pánico.
2. Intensidad o severidad del cuadro. (magnitud del miedo al miedo)
3. Características del mismo ya que muestra a primera vista, el perfil de las manifestaciones corporales, cognitivas y conductuales de cada paciente en particular, permitiendo formular rápidamente una estrategia de tratamiento.

El objetivo de este estudio retrospectivo es la descripción y presentación de los resultados del seguimiento de pacientes con Trastorno de Pánico con o sin Agorafobia, mediante la utilización de escalas de evaluación.

Se observará como en principio disminuyen la preocupación o temor por las sensaciones físicas, y las cogniciones agorafóbicas. Posteriormente, en la medida en que dicha mejoría se traslada a la conducta, se comienza a modificar el IMA.

Material y Método:

Se analizan datos de 92 pacientes que reunían los siguientes criterios de inclusión:

1. diagnóstico de trastorno de pánico con o sin agorafobia según los criterios del DSM IV.
2. ausencia de trastornos comórbidos.
3. toma mensual del CSC y del CCA (como mínimo 6 tomas). y
4. toma bimensual del IMA (como mínimo 4 tomas).

La primera toma de las escalas la efectúa el paciente en la entrevista de admisión, luego si reúne los criterios para Trastorno de Pánico y/ o Agorafobia y continua en tratamiento, las tomas se irán efectuando mensualmente en el caso del CSA y del CCA, y bimensualmente el IMA; en todos los casos hasta que las escalas lleguen al puntaje mínimo (normalidad).

El CSC y el CCA se puntúan sumando todos los ítems que componen las escalas. En cambio el IMA se puntúa calculando el Índice de Evitación (ya que no se completan necesariamente todos los ítems) que resulta de referir a 26 (numero total de ítems) el resultado de la suma de ítems.

Se tomaron los promedios de los puntajes de las distintas tomas de cada escala y se evaluó la variación en el tiempo de cada una de ellas hasta llegar a una meseta.

Se observaron los siguientes resultados.

Resultados:

Nuestros resultados muestran que las escalas que inicialmente más se modifican son el CSC y el CCA, con una leve diferencia a favor del primero (tabla 1). Ambos ya en la segunda toma (a los 30 días) disminuyen aprox. 35% de sus valores iniciales. El CSC puntúa inicialmente 51.9 (3.0 de una escala de 1 a 5), y luego del 1 mes es 33 (1.9). El CCA puntúa inicialmente 35.1 (2.5), y luego del 1 mes es 23.7 (1.7). El IMA puntúa inicialmente 93.2 (3.6), y luego de 2 meses 64.9 (2,5). O sea que disminuye

aprox. 30% a los 2 meses. El CSC baja a los 2 meses 43 %, el CCA lo hace el 41 % (prácticamente igual).

Se observa que promediando el 3er. mes de tratamiento el paciente está prácticamente con puntajes normales en el CSC (26 = 1.5) y en el CCA (18.6 = 1.3).

Finalmente al 6to. mes de tratamiento el paciente puntúa casi normal en todos los cuestionarios, está libre de síntomas corporales, cognitivos y conductuales (gráficos 2, 3 y 4.)

Por otra parte, si se observa el porcentaje sobre el total de puntos para cada una de las escalas, vemos que para el CSC el porcentaje de ingreso es del 60 % de los puntos y a los 2 meses baja al 30 % aprox. (gráfico 5). En el CCA el ingreso es del 50 % de los puntos y desciende al 20 % a los 2 meses. (gráfico 6). En el IMA ingresan con el 70 % y a los 6 meses promedian menos del 30 % de los puntos. (gráfico 7).

- Recordar que en las tres escalas el máximo de gravedad es el 100 % y el mínimo es 20 % (nulo) -

Discusión:

Numerosos autores han señalado la importancia de los tratamientos multidiciplinarios, es decir la combinación del abordaje psicofarmacológico con el psicoterapéutico y el papel relevante de los grupos de autoayuda. *Michelson (1994), Beitman (1996), Mavissakalian (1996), Bogiaizian, Liceaga (1997)*

Ya en la admisión el paciente es abordado de modo integral. Esta es realizada por un médico o un psicólogo. El paciente brinda toda su información al profesional, siendo una parte muy importante de ésta el llenado de una batería de tests, así como la historia clínica general. Se le informa al paciente un diagnóstico y se le proporciona información acerca de los pasos a seguir para su recuperación. De este modo se comienza a administrar una herramienta psicoterapéutica muy importante: la Psicoeducación. Sobre todo se trabaja a cerca de los objetivos del tratamiento, que para el equipo terapéutico es la disminución al máximo de las conductas de evitación. Esto es muy importante ya que el paciente en ese momento lo que busca generalmente es disminuir sus síntomas aun a costa de las conductas evitativas. Luego, en la consulta posterior, expone su caso ante un médico psiquiatra, quien tiene ante sus ojos toda la información que el paciente brindó en la admisión. En esta entrevista se vuelve sobre aspectos psicoeducativos y se indica un tratamiento psicofarmacológico si el cuadro clínico lo requiere.

La medicación buscará atenuar las sensaciones físicas displacenteras. Luego, desde lo psicológico, se trabajará sobre las cogniciones agorafóbicas, sobre las estructuras de pensamiento disfuncionales, sobre la información que el paciente necesita acerca de cómo se genera y sostiene su ansiedad.

Es entonces cuando a través de las entrevistas psicoeducativas y del trabajo de reestructuración cognitiva se logra disminuir la presencia de pensamientos negativos así como las interpretaciones catastróficas de sus síntomas físicos. El paciente ahora sabe que no “se va a morir”, que no va “tener un ataque cerebral o cardiaco”, que no se va a “volver loco”, etc.

Este trabajo Psicoeducativo/psicofarmacológico/psicoterapéutico es el que se refleja en los cambios iniciales del CSC y del CCA.

Como se puede observar en la tabla 1, a los 2 meses de tratamiento los pacientes disminuyen sus síntomas corporales y cognitivos casi hasta niveles normales. Es este

un momento muy particular del tratamiento porque el paciente se ve libre de manifestaciones físicas y cree que ya es el momento del alta. Es muy importante trabajar con el paciente en el sentido que comprenda que el verdadero fin del tratamiento llegará cuando cesen las conductas evitativas.

Finalmente con las tareas de afrontamiento comenzaran los cambios conductuales que se reflejaran en el IMA como una progresiva disminución de los niveles de evitación. Esto ocurre, según nuestros datos, al 6to. mes de tratamiento.

Como se comprende, todo este proceso terapéutico hace foco, integrando distintos recursos, en la progresiva pérdida del temor, en la quita del sustento al “miedo al miedo”. Es por eso que cada etapa terapéutica favorece indirectamente a la siguiente.

Vale aclarar, si bien desde el sentido común ya se advierte, que las distintas etapas nunca son lineales, sino que se superponen de acuerdo a cada caso en particular.

Estos tests, que en principio fueron diagnósticos, indicadores de severidad y de perfil sintomatológico, van adquiriendo, en etapas posteriores del tratamiento, valor psicoterapéutico. Es cuando se le muestran al paciente sus puntuaciones iniciales, cuando ve de su propia letra la severidad del cuadro al comienzo del tratamiento. Puede observar por sí mismo los avances realizados. Esto lo ayudará, según el caso, a seguir, a solidificar su confianza en el proceso terapéutico, etc.

Conclusión:

El seguimiento de un grupo de pacientes a lo largo de sus primeros seis meses de tratamiento, bajo un abordaje Integrado de Psicofarmacoterapia y Terapia Cognitivo-Conductual ha mostrado, a través de la objetivación con el CSC, el CCA y el IMA una importantísima reducción sintomática, hasta niveles cercanos a la normalidad.

Cabe destacar que una vez alcanzado y estabilizado el funcionamiento asintomático, se evaluará cada caso en particular para establecer el estado de cosas y ver la necesidad o no de nuevos objetivos psicoterapéuticos.

Tabla 1: Media de los puntajes de las escalas, y porcentaje de disminución con respecto al valor inicial

	CSC		CCA		IMA	
	\bar{x}	%	\bar{x}	%	\bar{x}	%
toma inicial	51.9	-	35.1	-	93.2	-
1er. mes	33	36.4	23.7	32.5	-	-
2do. mes	29.5	43.1	20.5	41.6	64.9	30.4
3er. mes	26	49.9	18.6	47	-	-
4to. mes	24.1	53.6	17	48.4	57.2	38.6
5to. mes	20.5	60.5	16.5	53	-	-
6to. mes	-	-	-	-	45.1	51.6

Gráfico 1: disminución entre la toma inicial y la 2da. toma.

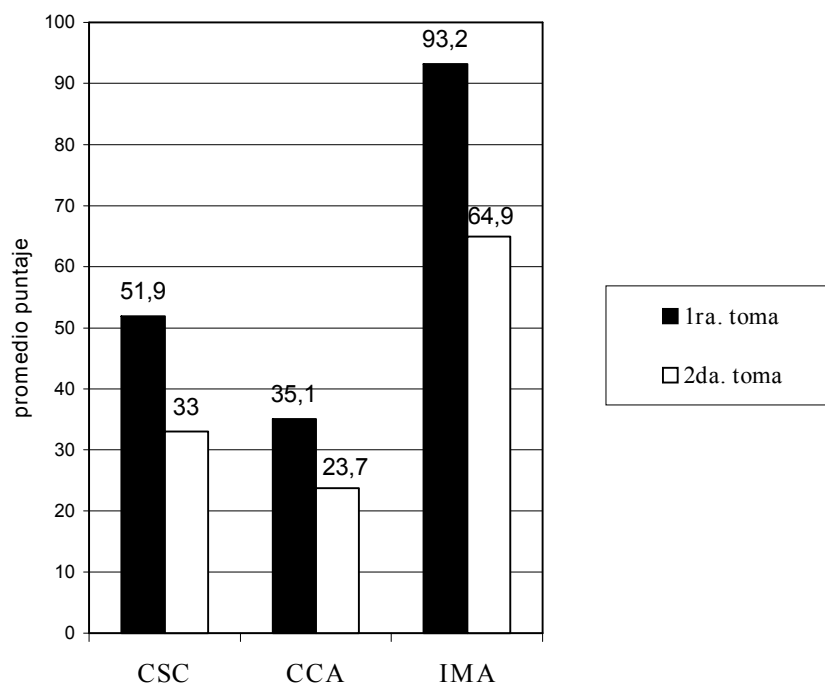


Gráfico 2: disminución de los puntajes del CSC a 5 meses.

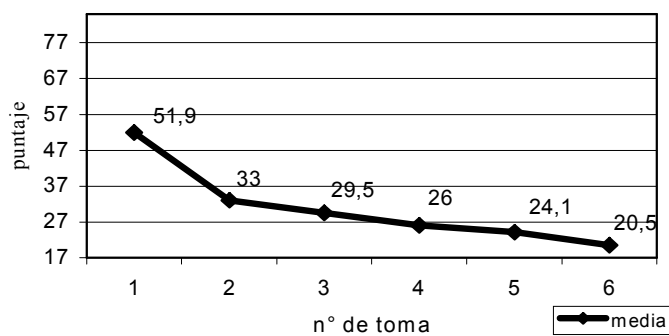


Gráfico 3: disminución de los puntajes del CCA a 5 meses.

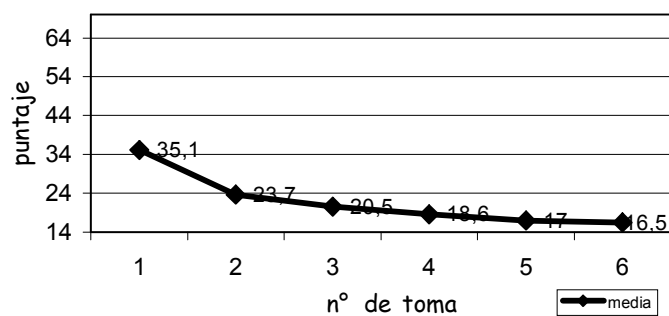


Gráfico 4: disminución de los puntajes del IMA a 6 meses

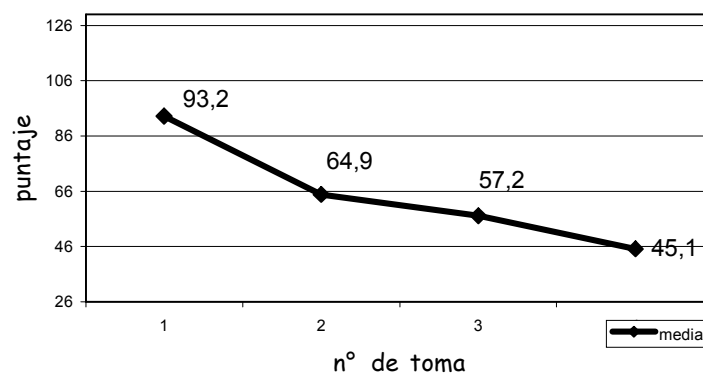


Gráfico 5: CSC disminución del puntaje en %

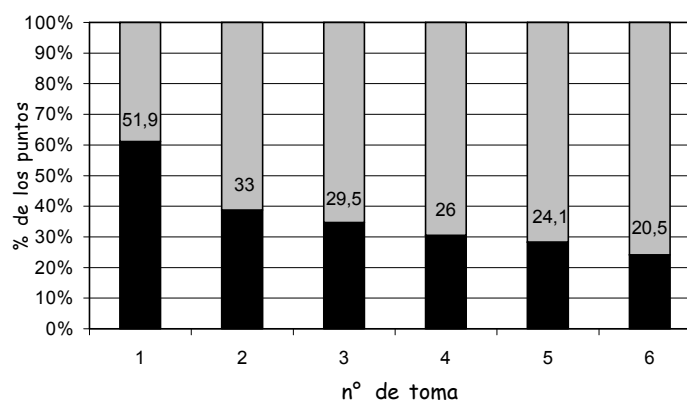


Gráfico 6: CCA disminución del puntaje en %

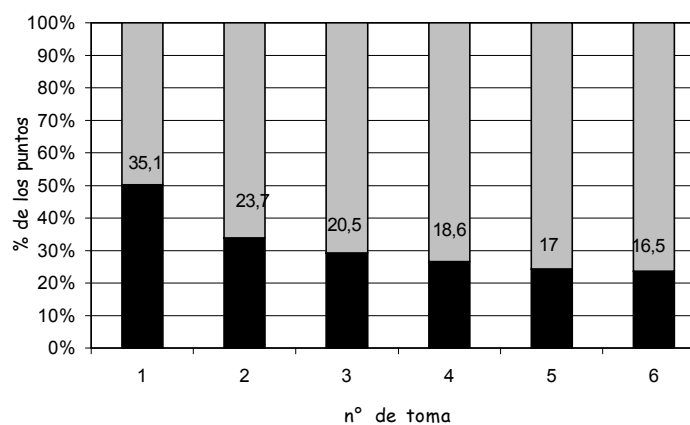
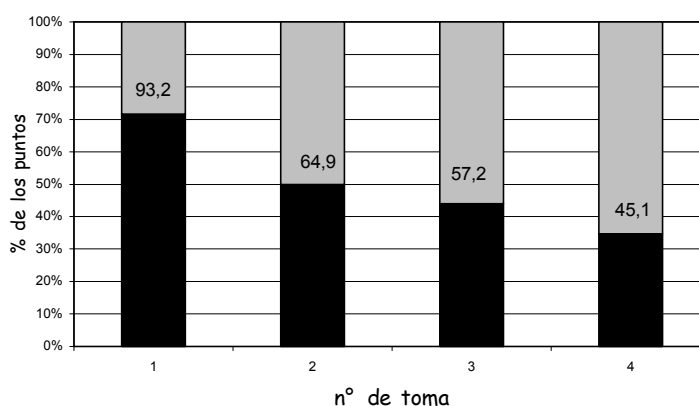


Gráfico 7: IMA disminución del puntaje en %



Bibliografía:

- Beitman, Bernard D. *“Integrating pharmacotherapy: An emerging field of study”*. Bulletin of the Menninger Clinic, The Menninger Foundaton, vol. 60, 1996, pag.163 165.
- Bogiaizian D., Liceaga R. *“Tratamiento Integrado de Psicofarmacoterapia y Terapia Cognitiva-Conductual en Trastorno de Pánico con Agorafobia”*. 1997.
- Cía A. *“Trastornos por Ansiedad”*. 1994.
- Dianne L. Chambless, G. C. Caputo, Priscilla Bright & Richard Gallagher. *“Assessment of Fear of Fear in Agoraphobics: The Body Sensations Questionnaire and the Agoraphobic Cognitions Questionnaire”*. Journal of Consulting and Clinical Psychology. Vol: 57, # 6, pag. 1090-1097. 1984.
- Dianne L. Chambless, G. C. Caputo, Susan E.Jasin, Edward J. Gracely & Chistine Williams. *“The Mobility Inventory for Agoraphobia”* Behav. Res. Ther. Vol: 23 # 1, pag. 35-44, 1985.
- Mavissakalian, Matig R., Prien, Robert F. *“Long-Term Treatment of Anxiety Disorders”*. American Psychiatric Press, Washington, 1996, pag. 279.
- Michelson, Larry K. *“Risk-Benefit Issues in Psychological Treatment of Panic Disorder Risk-Benefit Issues in Treatment of Panic Disorder”*. Pag. 223, Section VI. Washington, DC, 1994.