VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXII Jornadas de Investigación XI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2015.

Evaluación de una guía de intervenciones para el tratamiento del Trastorno de Angustia.

Wainstein, Martín y Wittner, Valeria.

Cita:

Wainstein, Martín y Wittner, Valeria (2015). *Evaluación de una guía de intervenciones para el tratamiento del Trastorno de Angustia. VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXII Jornadas de Investigación XI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: https://www.aacademica.org/000-015/252

ARK: https://n2t.net/ark:/13683/epma/MAK

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto*. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: https://www.aacademica.org.*

EVALUACIÓN DE UNA GUÍA DE INTERVENCIONES PARA EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DE ANGUSTIA

Wainstein, Martín; Wittner, Valeria
Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Argentina

RESUMEN
Se presenta un informe sobre la evaluación de una guía para el tratamiento del Trastorno de Angustia que indica objetivos, metas mínimas a alcanzar y técnicas de intervención. Desde el año 2005 hasta el 2012 se desarrolló en los centros de atención dependientes de la Fundación IGB un Programa de intervención guiado. Se estimaba un diagnóstico y una línea de base de los consultantes, se efectuaban intervenciones pautadas y posterior seguimiento a seis meses y dos años de finalizado el tratamiento. El grupo atendido incluyó un total de 156 sujetos con diagnóstico y línea de base mediante el PDSS y la Escala de Evaluación Global del DSM-IV-TR y la MINI Interview. Distribuida entre 67 sujetos que consultaron en centros de atención de la Fundación IGB y 89 en un Hospital General de la Provincia de Buenos Aires, bajo convenio con la misma institución. Los sujetos consultantes se ubicaban dentro de un rango etario entre 21 y 45 años de edad, 63 % (98) mujeres y (58) 37% hombres. También se utilizo un sistema de registro por autoinforme ("grilla") como un modo de interrumpir la respuesta automática a los síntomas. Se obtuvieron resultados por debajo de la línea de base inicial en un 82% de los casos.

Palabras clave
Ansiedad, Tratamiento, Evaluación

ABSTRACT
EVALUATION OF A GUIDE INTERVENTIONS FOR THE TREATMENT OF DE PANIC DISORDER
A report on the evaluation of a guide for the treatment of panic disorder indicating objectives, minimum reach goals and intervention techniques is presented. Since 2005 until 2012 it was developed in dependent care centers IGB Foundation led an intervention program. Diagnosis and baseline of the consultants was estimated patterned interventions and follow-up at six months and two years of completion of treatment were made. The treated group included a total of 156 subjects with baseline diagnosis and by the PDSS and Global Assessment Scale DSM-IV-TR and the MINI Interview. Distributed among 67 subjects who looked at care centers and 89 IGB Foundation General Hospital of the Province of Buenos Aires, under agreement with the same institution. Consultants subjects were located within an age range between 21 and 45 years of age, 63% (98) women (58) 37% men. A registration system for self ("grid") as a way to interrupt automatic response to symptoms was also used. Results were below the initial baseline in 82% of cases.

Key words
Anxiety, Treatment, Evaluation

Se presenta un informe sobre la evaluación de un instrumento de intervención Para el tratamiento del Trastorno de Angustia. Se trata de una guía de intervenciones que indican objetivos, metas mínimas a alcanzar y técnicas de intervención.

El trastorno de angustia es un trastorno de ansiedad en el que la persona afectada sufre repetidos ataques súbitos de temor o pánico sin presencia de estímulos externos desencadenantes. Los episodios son frecuentes y están acompañados de un fuerte estado de ansiedad.

Se conocen desde antiguo se denominan ataques de pánico o, en algunos casos, ataques de ansiedad o crisis de ansiedad. Se caracteriza por ser un conjunto de síntomas (síndrome) y episodios inesperados y repetidos de temores intensos acompañados por síntomas físicos que afectan el comportamiento, otros de carácter cognitivo que afectan el pensamiento y otros emocionales que pueden incluir dolor en el pecho, palpitaciones aceleradas del corazón, falta de aire, mareos, angustia o molestia abdominal.

Los episodios sucesivos aparecen acompañados de cambios significativos en la conducta del individuo y de una preocupación continua por que se produzcan nuevos ataques. Esto generalmente genera cambios significativos en la vida de las personas afectadas que los llevan a evitar las situaciones, personas, lugares o cosas temidos, a huir de los estímulos presumidos como desencadenantes, a apoyarse dependientemente en personas o en sustancias en un intento por evitar o intentar controlar las cosas o situaciones temidas.

Cuando se producen cambios importantes que llevan a la dependencia imperativa de personas y de lugares para que el afectado pueda sentirse seguro el trastorno desemboca en agorafobia. Se han desarrollado técnicas de intervención desde diversos modelos terapéuticos cognitivos y conductuales.

Desde el año 2005 hasta el 2012 se desarrolló en los centros de atención dependientes de la Fundación IGB un Programa de intervención guiado mediante el cual se estimaba un diagnóstico de los consultantes, se efectuaban intervenciones pautadas y se realizaba un seguimiento a seis meses y dos años de finalizado el tratamiento. El grupo atendido incluyó un total de 156 sujetos diagnosticados mediante el PDSS (Shear, 1997; Houck, et al 2001, 2002) y la Escala de Evaluación Global del DSM-IVTR y la MINI interview (Sheehan, & Lecrubier, 2000).

El Panic Disorder Severity Scale (PDSS) es una prueba de estimación clínica con validez y confiabilidad aceptadas. Creada con el propósito de evaluar la gravedad del Trastorno de Angustia durante el último mes en pacientes diagnosticados con este cuadro. Consta de siete ítems que refieren frecuencia de ataques, malestar causado, ansiedad anticipatoria, evitación y temores agorafóbicos, evitación y temores (este ítem evalúa conjuntamente el miedo y la evitación a situaciones o actividades que provocan sensaciones desagradables), interferencia laboral e interferencia social.

La muestra del estudio (N156) estuvo constituida de la siguiente manera: 67 sujetos consultaron en centros de atención de la Fundación IGB y 89 en un Hospital General de la Provincia de Buenos

Aires, bajo convenio con la misma institución.
Los sujetos consultantes se ubicaban dentro de un rango etario entre 21 y 45 años de edad, 63 % (98) mujeres y (58) 37% hombres.
Los objetivos del trabajo fueron disminuir los síntomas y mejorar el funcionamiento social lo cual se evaluó con la escala de severidad de la ansiedad (PDSS)
El tratamiento se proponía un conjunto de objetivos a alcanzar mediante un procedimiento escalonado en metas mínimas intermedias. El criterio general de orientación se dirigió a disminuir la incertidumbre cognitiva, favorecer una percepción menos catastrófica de los síntomas y bloquear las relaciones interpersonales favorecedoras de los beneficios secundarios de los síntomas.
Se organizaron los tratamientos mediante una guía que permitía a observadores externos evaluar tanto la dirección del trabajo terapéutico como la homogeneidad del tipo de intervenciones. Se transcribe a continuación la guía utilizada, que consta
Objetivos Terapéuticos y Técnicas de Intervención.
Objetivos terapéuticos:

- Remisión de los síntomas de pánico y de miedo y aumento de la sensación de que se tiene la habilidad de afrontarlos con control sobre ellos.
- Reducir el miedo invalidante y que el paciente pueda tener más autonomía como salir de sus espacios privados libremente, frecuentando lugares públicos (control del gradiente de agorafobia).
- Viajar desde su casa a cualquier lado en forma rutinaria o novedosa y en transportes cerrados (ómnibus, subtes)
- Eliminar las interferencias en sus rutinas normales (trabajo, esparcimiento, etc.) superando el estrés producido por sensaciones, objetos o situaciones temidas.

Metas mínimas (MM), y técnicas de intervención (TI):

- 1. Metas mínimas :

Verbalizar el miedo y focalizar y describir sus estímulos

- Técnicas de Intervención:

Describir, confrontar ideas y evaluar el miedo, su intensidad y estímulos

- TI: Probar, confrontar ideas y renarrar posibles significados simbólicos de las situaciones u objetos fobígenos
- TI: Clarificar y discriminar entre los miedos irracionales vigentes y las dolorosas experiencias pasadas
- 2.MM: Construir una jerarquía de situaciones que incrementan o evocan ansiedad
- TI: Orientar y asistir la co-construcción de una jerarquía de situaciones ansiógenas.
- 3.MM: Buscar la relajación muscular
- TI Entrenar métodos de relajación progresivos
- TI: Evaluar uso de técnicas de bio-feedback para el desarrollo de habilidades de relajación
- TI: Uso de la imaginería guiada para reducir la ansiedad
- 4. MM: Identificar escenas placenteras que puedan ser utilizadas para promover la relajación y usadas como guías de imaginería
- TI: Uso de la imaginería guiada para reducir la ansiedad
- 5.MM: Trabajar sobre la desensibilización sistemática de los estímulos objetos o situaciones que provocan la ansiedad
- TI: Uso de la imaginería guiada para reducir la ansiedad
- TI: Desensibilización sistemática directa para reducir la respuesta
- 6. MM Afrontamiento in-vivo para desensibilizar el objeto o la situación
- TI: Indicar o acompañar al paciente en afontamientos in- vivo y contactos con las situaciones u objetos fóbigenos.
- 7.MM: Salir de la casa sin un aumento discapacitante de la ansiedad
- TI: Desensibilización sistemática directa para reducir la respuesta
- TI: Indicar o acompañar al P en afontamientos in- vivo y contactos con las situaciones o objetos fóbicos
- TI: Revisar y verbalizar reforzando los progresos hacia el manejo de la ansiedad
- TI: Favorecer estrategias de afrontamiento (diversión, pensamientos positivos, relajación muscular) que alivien síntomas.
- 8. MM: Contactar los estímulos temidos, situaciones o cosas con sensación de control, calma y confortabilidad
- TI: Describir, confrontar ideas y evaluar el miedo, su intensidad y estímulos
- TI: Indicar o acompañar al paciente en afontamientos in- vivo y contactos con las situaciones o objetos fobígenos
- TI: Revisar y verbalizar reforzando los progresos hacia el manejo de la ansiedad
- TI: Favorecer estrategias de afrontamiento (diversión, pensamientos positivos, relajación muscular) que alivien síntomas.
- 9.MM: Identificar el significado puede tener el estímulo como base para el miedo (re-narración)
- TI: Describir, discutir y evaluar el miedo, su intensidad y estímulos
- TI: Probar, confrontar ideas e re-narrar posibles significados simbólicos del las situaciones u objetos fobígenos
- 10. MM: Discriminar entre la realidad de los miedos actuales y la realidad de la dolorosa experiencia pasada que favoreció la instalación del poder de la evocación fobígena
- TI: Describir, confrontar ideas y evaluar el miedo, su intensidad y estímulos
- TI: Clarificar y diferenciar entre los miedos irracionales vigentes y las dolorosas experiencias pasadas
- TI: Repasar los sentimientos actuales mediante una escucha activa, resaltar lo positivo, efectuar cuestionamientos
- TI: Clarificar, bloquear, reflexionándolas las relaciones entre lo doloroso pasado y la ansiedad presente
- 11.MM Repasar los sentimientos asociados con las emociones dolorosas pasadas que se conectan con el miedo
- TI: Probar, confrontar ideas re- narrar posibles significados simbólicos del las situaciones u objetos fobígenos
- TI: Clarificar y diferenciar entre los miedos actuales vigentes y las dolorosas experiencias pasadas
- TI: Repasar los sentimientos actuales mediante una escucha activa, resaltar lo positivo, efectuar cuestionamientos
- TI: Clarificar, bloquear, reflexionándolas las relaciones entre lo doloroso pasado y la ansiedad presente.
- 12. MM: Diferenciar lo real de lo distorsionado, imaginar situaciones que producen miedos racionales e irracionales
- TI: Clarificar y diferenciar entre los miedos irracionales vigentes y las dolorosas experiencias pasadas
- TI: Repasar los sentimientos actuales mediante una escucha activa, resaltar lo positivo, efectuar cuestionamientos
- TI: Clarificar, bloquear, reflexionándolas las relaciones entre lo doloroso pasado y la ansiedad presente

Desfocalización de la atención
Otra de las características que adoptó el trabajo fue “desfocalizar la atención” de la autobservación de los síntomas, mediante la tarea de registrarlos. Para ello se utilizó un instrumento de auto informe que se denominó dentro del equipo terapéutico “La Grilla”.
Construida como una matriz de doble entrada que en las hileras muestra los síntomas que describe el DSM-IVTR como típicos del cuadro de pánico y en las columnas una secuencia de 24 horas ordenada de hora en hora de 00 a 24. Se completa con un lugar para incluir la fecha (se utilizará una por día) y el nombre del paciente.

En cada uno de los cuadrados formados por la intersección entre síntoma y hora, al paciente se le da la consigna de que debe anotar un número que se le describirá como un indicador cuantitativo y subjetivo de su disconfort ante el síntoma. La numeración o índice se extiende entre 0 y 10.

Se entiende y así se le expresa al paciente cuando se lo entrena, que el número que utilizará si bien es "subjetivo", será de mucha utilidad para tener una idea aproximada de cuánto y cómo se comportan esos síntomas espontáneos e inesperados. En ese sentido además de des focalizar la atención mediante el mecanismo de interrumpir la autoobservación de los síntomas y re focalizar la atención en la tarea de anotar y reflexionar sobre el "cuánto", el instrumento permite registrar la existencia de algún tipo de pauta en el patrón de respuesta sintomática.

La consigna instruye que deberá realizar fotocopias de la hoja A4 en la que se le entrega impresa la Grilla y deberá anotar en ella todos los días de la semana, entre consultas, la frecuencia e intensidad con que aparezcan sus síntomas.

Los pacientes diagnosticados con TA son característicamente cumplidores en el llenado de la Grilla. Debe tenerse en cuenta que estos pacientes pueden ser descriptos como especialmente motivados, sobre todo si el tratamiento se focaliza sobre los síntomas, ya que su malestar es muy significativo y revela un sufrimiento importante. Algo que observamos es que a medida que los pacientes mejoran pierden su interés o motivación por el cumplimiento de esta tarea, no solamente anotan menos por tener menos síntomas sino que se vuelven más "negligentes" en el sostén del uso de la Grilla, sin menoscabo del resto de las actividades que están implicadas en el tratamiento.

Como resultado de la aplicación de la Grilla un 89% la completaron durante el período en que sus síntomas estaban presentes y hasta que disminuyeron de un modo significativo. En los seguimientos a dos años solo un 18% de los pacientes indicó que llenarían la Grilla con valores significativos. Las planillas presentadas en cada sesión permitían durante el curso de los tratamientos una evaluación precisa de lo ocurrido durante el intervalo inter sesiones.

Esto no solo evidenciaba disminuir la ansiedad durante su utilización sino también aportaba un registro que resultaba poco teñido por las evaluaciones según la ansiedad de "último momento" de la presentación que los pacientes hacían de los síntomas ocurridos en las inter sesiones.

La evaluación de resultados surgió de la evaluación de los sujetos de la misma "grilla" de autoinforme y de la re aplicación de los instrumentos mediante los que se definió la línea de base, obteniéndose en el 82% de los casos una disminución auto informada de los síntomas por debajo de la línea de corte establecida para definir el diagnóstico inicial.

REFERENCIAS

Shear, M.K., Brown, T.A., Barlow, D.H., Money, R., Sholomskas, D.E., Woods, S.W., Gorman, J.M., y Papp, L.A. (1997). Multi- center collaborative Panic Disorder Severity Scale. American Journal of Psychiatry, 154, 1571-1575.

Shear, M.K., Rucci, P., Williams, J., Frank, E.,Grochocinski, V., Bilt, J.V., Houck, P., y Wang, T. (2001). Reliability and validity of the Panic Disorder Severity Scale: Replication and extension. Journal of Psychosomatic Research, 35, 293-296.

BIBLIOGRAFÍA

American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th. Edition (DSM IV), Washington, DC American Psychiatric Association.

Argyle, N.; Deltito, V.,et al,(1991) PASS, Panic-Associated Symptom Scale, Acta Psychiatric Scand 83: 20-26.

Barlow, D.H., (1988) Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic. New York, Guilford.

Barlow, DH, Di Nardo, PA, Vermilyea, JA, Blanchard, EB (1986) Co-morbidity and depression among anxiety disorders: Issues in classification and diagnosis, Journal of Nervous and Mental Disease, v. 174, p63-72.

Barlow, DH, Craske, MG, Cerny JA, Klosko JS (1989) Behavioral treatment of panic disorder, Behavior Therapy, v.20, p 261-282.

Barlow, DH (1988), Panic, Nueva York, Guilford Press.

Barlow DH, Craske MG (1994) El dominio de su ansiedad y pánico II, Albany, Graywind Publications

Beck, AT Emery G, (1985) Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective,

Bruce, S.E.; Vasile,R.G.; et al (2003) Are benzodiazepines still the medication of choice for patients with panic disorder with or without agoraphobia?

American Journal of Psychiatry. 2003 AGO;160(8):1432-1438.

Clark, DM, (1986) A cognitive approach to panic, Behaviour Research & Terapy, v.20, p.461-470.

Gorman, JM Liebowiz, AJ Fyer J, Stein J. (1989) Hipótesis neuroanatómica para el trastorno de angustia, Revista Americana de Psiquiatría, v. 146, nro. 2.

Klein,DF, Klein HM (1989)The definition and psychopharmacology of spontaneous panic and phobia. In: Tyrer, p. (Ed). Psychopharmacology of anxiety, New York, Oxfork University Press, , p. 135-162.

Klein,DF, Klein HM (1989) The nosology, genetics, and theory of spontaneous panic and phobia, In Tyrer, P (Ed.) Psychopharmacology of anxiety, New York, Oxfork University Press, , p.163-195.

Klerman GL et al. (eds) (1993) Ansiedad por pánico y su tratamiento, Whashington, American Psychiatric Press.

Rangé, Bernard, (2001) Psicoterapias cognitivo-comportamentais Um diálogo com a psiquiatria, Cap. 9 Trastorno de pánico e agorafobia, Porto Alegre, Artmed Editora.

Reiss, S. Mc Nally, RJ. (1985) Expectancy model of fear. In Reiss, S. Bootzin, RR (Eds.) Theoretical issues in behavior therapy, San Diego, Academic Press, p. 107-121.

Sheehan, D. V., & Lecrubier, Y. (2000). Mini International Neuropsychiatric Interview: versión en español 5.0. 0.

Sheehan, D.; Janavs, J. (1992, 1994, 1998,1999) Sheehan&Lecrubier MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW VERSIÓN EN ESPAÑOL 5.0.0 I.Ferrrando, J.Bobes, J.Gilbert, Instituto IAP Madrid, España

Wainstein,M.; Franchi, F. (2000) Aspectos biológicos, psicológicos y sociales del trastorno de ansiedad por ataque de pánico, Sistemas Familiares, año 16 No. 2 julio 2000 pags 111-119.