



plido el periodo de mantenimiento, si ha sido superada también la evitación fóbica, la medicación puede ser gradualmente disminuida durante varios meses, con una cuidadosa observación y educación del paciente para que detecte signos precoces de recaída y pueda instrumentar recursos cognitivo-conductuales para el manejo de eventuales crisis.

LINEAMIENTOS GENERALES DE PSICOTERAPIA EN EL TRASTORNO DE PÁNICO

Dr. Jorge Dávila (Colombia)

Para definir los lineamientos generales de psicoterapia en el trastorno de pánico es necesario examinar en profundidad la ligazón entre biología y mente, espectro y discreción. Esto supone que nos encontramos frente a un trastorno que no es meramente biológico sino que integra constituyentes de la mente y que, pese a tratarse de un cuadro clínico muy bien delimitado, su abordaje no puede agotarse en la consideración de los criterios diagnósticos de un manual.

Para definir la psicoterapia es imprescindible, pues, una cuidadosa evaluación diagnóstica integral cuidándose especialmente de cualquier tipo de parcialidad. Es muy importante valorar los tipos cognitivos así como también monitorear la corporalidad.

La severidad de la disfunción no depende solamente de los síntomas esenciales del trastorno. En muchos casos depende de otros factores psicopatológicos, como la depresión comórbida, los factores demográficos como la edad, del género y de otros factores como los niveles de educación alcanzados. Sirva para remarcar lo antedicho que los ataques de pánico son tan o más frecuentes en la depresión que en los trastornos de pánico.

Los principios terapéuticos incluyen la educación del paciente, la familia y otros médicos, todos ellos objetivos de una correcta psicoterapia. Se apuntan así a una eficaz tarea colaborativa: de la alianza terapéutica depende la adherencia al tratamiento.

Las psicoterapias del pánico tienen múltiples aproximaciones, encuadre y duraciones variables y son del tipo de la cognitivo-conductual y la psicodinámica o combinada (entre diferentes abordajes psicoterapéuticos y/o de psicoterapias con fármacos).

La psicoterapia cognitivo-comportamental (TCC) requiere psicoeducación que nos es simplemente descriptiva sino que incluye nominación, explicaciones,

ayudas, planes de manejo de las crisis, hiperventilación y evaluación. Los otros componentes de la TCC son el monitoreo de los síntomas, la respiración y la reestructuración cognitiva. Por su parte, la exposición requiere jerarquías y orden.

Finalmente, téngase en cuenta que la psicoterapia también tiene abandonos y efectos secundarios.

EL TRASTORNO DE PÁNICO EN ATENCIÓN PRIMARIA. EL PROBLEMA SANITARIO Y FARMACOECONÓMICO

Dr. Paulo Mattos (Brasil)

La prevalencia a lo largo de la vida de ataques de pánico (de acuerdo con los criterios diagnósticos del DSM-IV) pueden llegar a 4,3% y la de trastorno de pánico puede ser de 1,6% analizado en un grupo en una serie de adolescentes y adultos jóvenes (Rees y col., 1998). Estos pacientes, en particular aquellos con ataques de pánico de inicio tardío, son propensos al desarrollo de multimorbilidad de trastornos mentales, lo cual aumenta el deterioro funcional y social (Rees y col., 1998). Los ataques de pánico son altamente indicativos de otros cuadros psicopatológicos más severos, y no sólo de trastorno de pánico con agorafobia (Rees y col., 1998). En un estudio longitudinal en adultos mayores, la prevalencia de trastorno de pánico fue similar a la vista en adultos jóvenes (Beekman y col., 1998). Estos pacientes reportan menor frecuencia y severidad de síntomas (lo que puede dar lugar a que el médico pase por alto el diagnóstico) y más distimia.

En un estudio colaborativo de la OMS en 14 unidades de atención primaria (Lecrubier y col., 1998) el trastorno de pánico en comorbilidad con depresión mostró el nivel más alto de discapacidad y los pacientes tuvieron más posibilidades de tener un trastorno prolongado en el tiempo. Los ataques de pánico fueron indicativos de depresión, trastornos de ansiedad o diagnósticos subsindrómicos en el 99% de los pacientes. Cabe destacar que en grandes muestras (ECA, n = 1920) cerca de la mitad de los pacientes presentó alguna forma de ansiedad varios años antes de reunir los criterios diagnósticos para trastorno de pánico (Eaton y col., 1998).

En una muestra aleatoria de pacientes de una unidad de atención primaria, aquellos con trastorno de pánico muestran mayor utilización

de recursos médicos y mayor deterioro en sus funciones que el grupo comparativo. Esto puede representar una carga significativa en los costos comunitarios (

Barsky y col., 1999). Estos pacientes utilizan el sistema de salud más frecuentemente e insumen mayores gastos, en comparación con otros pacientes con trastornos de ansiedad (Rees y col., 1998).

Es aconsejable la intervención temprana, dado que cuando ha transcurrido largo tiempo de enfermedad antes de la consulta, se observan pobres resultados *a posteriori* (Shinoda y col., 1999). El trastorno de pánico tiene una alta estabilidad diagnóstica (Woodman y col., 1999) y en casi la mitad de los casos muestra un curso sin remisiones (Katsching y col., 1998; Rickels y col., 1998). Los médicos de familia tienden a prescribir más tranquilizantes menores y antidepresivos clásicos (antiguos) a los pacientes con trastorno de pánico (Tinsley y col., 1998).

Sin embargo, un estudio internacional con expertos mostró que desde 1992 a 1997 hubo un significativo in-

cremento de la prescripción de ISRSs (de 7% a 33%) y una disminución en la indicación de benzodiazepinas solas (de 35% a 15%), antidepresivos clásicos (de 33% a 11%) y de la combinación de antidepresivos clásicos y benzodiazepinas a favor de ISRSs y benzodiazepinas (Uhlehut y col., 1998).

El Grupo Internacional de Consenso en Depresión y Ansiedad, basado en seis artículos de revisión, recientemente sugirió a los ISRSs como el tratamiento de primera elección para los médicos de atención primaria (Ballenger y col., 1998)

El tratamiento a largo plazo, no sólo es necesario, sino también efectivo y seguro. Los ISRSs ofrecen más beneficios que los tricíclicos y las benzodiazepinas (Davidson, 1998).

Teniendo en cuenta los aspectos farmacoeconómicos, el tratamiento adecuado y precoz debe ser considerablemente ventajoso. Cuando se consideran los costos directos (medicamentos, consulta a médicos generales y especialistas, internaciones, intervenciones paramédicas, estudios médicos adicionales) y costos indirectos (ausentismo laboral, baja productividad), los ISRSs encuadran en el rango de intervenciones sanitarias comunes con tasa aceptable de costo-utilidad, más allá de su costo de adquisición (Bisserbe y col., 1996).