



PREDICTORES DE RESULTADO EN EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DE PÁNICO

Leticia León Quismondo, Alberto Fernández Liria, Guillermo Lahera.

leticia.leon.quismondo@gmail.com

Revisión sistemática, predictores de resultado, ansiedad, trastorno de pánico, psicoterapia.

Systematic review, outcome predictors, anxiety, panic disorder, psychotherapy.

RESUMEN

Introducción: En los últimos años ha aumentado el interés por los tratamientos personalizados. Así, algunos estudios han intentado establecer variables pre-tratamiento que pueden tener una relación predictiva con los resultados, proporcionando información pronóstica acerca de qué pacientes es más probable que respondan a la psicoterapia. El objetivo de este estudio es determinar variables predictivas que puedan influir en la efectividad de la psicoterapia en el trastorno de pánico.

Método: Se realizó una revisión sistemática de la literatura para examinar la evidencia de predictores de resultado en el tratamiento del trastorno de pánico. Se realizaron búsquedas en las bases de datos PubMed y PsycInfo.

Resultados: Existen predictores específicos que influyen en el resultado de la psicoterapia en el trastorno de pánico. El diagnóstico de agorafobia, el bajo nivel educativo, estar en situación de desempleo, el bajo nivel socioeconómico, la comorbilidad con otros trastornos de ansiedad, trastornos de la personalidad, depresión o alcoholismo, un elevado nivel de neuroticismo, la gravedad de los síntomas o el nivel de incapacidad fueron algunas de las variables que se asociaron con un peor resultado de la psicoterapia. Sin embargo, variables como la expectativa positiva del tratamiento, un elevado sentido de autoeficacia, el apoyo social o una edad temprana de inicio del trastorno se asociaron a mejores resultados. La variable género no influyó en la mayoría de los estudios.

Conclusiones: El conocimiento de predictores en psicoterapia puede resultar muy útil a la hora de diseñar un tratamiento óptimo ajustado a las características y necesidades de cada paciente.

INTRODUCCIÓN

El trastorno de pánico se caracteriza por la presencia de ataques de pánico recurrente e inesperado, es decir, la persona sufre ataques de miedo intenso de forma repentina e imprevista.

Los criterios establecidos por el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) para el trastorno de pánico se muestran en la Tabla 2.

PREDICTORES DE RESULTADO EN EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DE PÁNICO

Tabla 2. Criterios DSM-5 para el Trastorno de pánico.

<p>A. Ataques de pánico imprevisto y recurrente. Un ataque de pánico consiste en la aparición súbita de miedo intenso o malestar intenso que alcanza su máxima expresión en minutos. La aparición súbita se puede producir desde un estado de calma o desde un estado de ansiedad. Durante ese tiempo se producen al menos cuatro de los síntomas siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Palpitaciones, golpeteo del corazón o aceleración de la frecuencia cardiaca.2. Sudoración.3. Temblor o sacudidas.4. Sensación de dificultad para respirar o de asfixia.5. Sensación de ahogo.6. Dolor o molestias en el tórax.7. Náuseas o malestar abdominal.8. Sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo.9. Escalofríos o sensación de calor.10. Parestesias (sensación de entumecimiento o de hormigueo).11. Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (separarse de uno mismo).12. Miedo a perder el control o de “volverse loco.”13. Miedo a morir. <p>Es posible también observar síntomas específicos de la cultura (por ejemplo, acúfenos, dolor de cuello, dolor de cabeza, gritos o llanto incontrolable), que no se consideran como uno de los cuatro síntomas requeridos.</p> <p>B. Al menos a uno de los ataques le ha seguido un mes (o más) de uno o los dos hechos siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Inquietud o preocupación continua acerca de otros ataques de pánico o de sus consecuencias (p. ej., pérdida de control, tener un ataque de corazón, “volverse loco”).2. Un cambio significativo de mala adaptación en el comportamiento relacionado con los ataques (p. ej., comportamientos destinados a evitar los ataques de pánico, como evitación del ejercicio o de las situaciones no familiares). <p>C. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo, trastornos cardiopulmonares).</p> <p>D. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., los ataques de pánico no se producen únicamente en respuesta a situaciones sociales temidas, como en el trastorno de ansiedad social; en respuesta a objetos o situaciones fóbicas concretos, como en la fobia específica; en respuesta a obsesiones, como en el trastorno obsesivo-compulsivo; en respuesta a recuerdos de sucesos traumáticos, como en el trastorno de estrés postraumático; o en respuesta a la separación de figuras de apego, como en el trastorno de ansiedad por separación).</p>
--

La prevalencia anual del trastorno de pánico a nivel europeo se sitúa en un 1,8%, lo que supone que afecta a 7,9 millones de personas cada año (Goodwin et al., 2005; Wittchen & Jacobi, 2005; Wittchen et al., 2011).

El curso de la enfermedad tiende a ser crónico en la mayoría de los pacientes (Bruce et al., 2005; Pollack & Marzol, 2000), conllevando severos costes económicos e interpersonales. En este sentido, diversos estudios evidencian que las personas con trastorno de pánico tienen una utilización mayor de los servicios de urgencia y requieren más asistencias médicas que el resto de la población (Klerman, Weissman, Ouellette, Johnson, & Greenwald, 1991), llegando a

PREDICTORES DE RESULTADO EN EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DE PÁNICO

suponer un coste anual per cápita de más de 10000 euros (Batelaan et al., 2007), lo que supone un coste mayor que los costes asociados al resto de trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo, alcohol y enfermedades somáticas crónicas.

Por estos y otros motivos, desde hace algunos años, la medicina está tratando de ser más personalizada y ofrecer unos tratamientos más individualizados y el National Institutes of Health (NIH) ha comenzado a apostar por esta medicina individualizada en el campo de la salud mental (Insel, 2009).

Así, desde hace algún tiempo, se ha comenzado a estudiar el papel de distintas variables de las personas en la respuesta obtenida a los tratamientos psicológicos. Dichas variables se han denominado predictores.

Los predictores hacen referencia a ciertas características de las personas que hacen que estas respondan mejor al tratamiento, independientemente del tipo o la naturaleza del mismo. Es decir, los predictores proporcionan una información general al estudiar qué tipo de pacientes responderán más o menos favorablemente al tratamiento, lo que aumenta nuestro conocimiento clínico (Wolitzky-Taylor, Arch, Rosenfield, & Craske, 2012). Así, los predictores proporcionan información pronóstica de indudable valor en la práctica clínica. En la Figura 1 se muestra en qué consiste el efecto predictor.

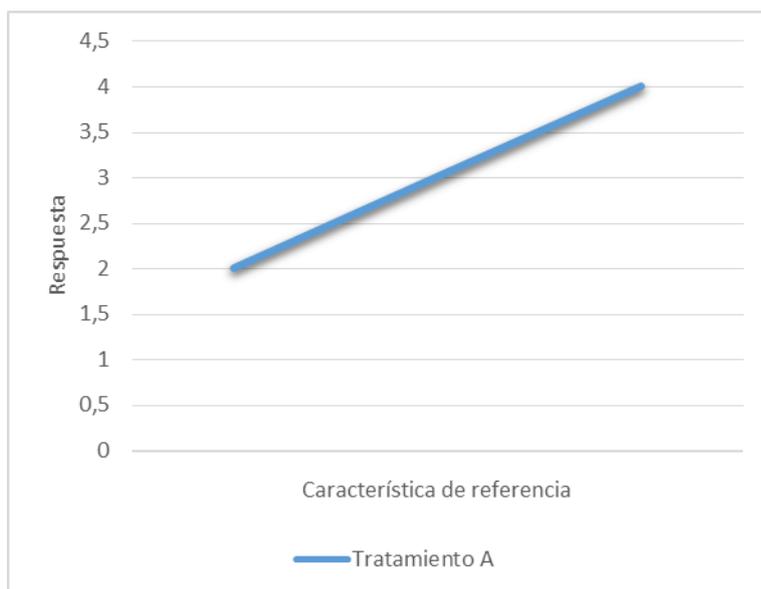


Figura 1. Efecto predictor. Niveles más altos de la característica de referencia predicen una mejor respuesta al tratamiento.

Existen numerosos estudios que han investigado el papel de predictores en el resultado del tratamiento de trastornos de ansiedad. El objetivo de este estudio es determinar variables predictivas que puedan influir en la efectividad de la psicoterapia en el trastorno de pánico.

PREDICTORES DE RESULTADO EN EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DE PÁNICO

MÉTODO

Se realizó una revisión sistemática de la literatura para examinar la evidencia de predictores de resultado en el tratamiento del trastorno de pánico. Se realizaron búsquedas en las bases de datos PubMed y PsycInfo, sin restricción de fecha ni de idioma. Para proceder a la selección se revisaron los abstracts y, en los casos necesarios, los artículos completos, con el objetivo de verificar que la información contenida en los mismos se correspondía con el objetivo de nuestro estudio. Finalmente, se seleccionaron 14 artículos que incluían el análisis de predictores en el trastorno de pánico entre sus objetivos.

RESULTADOS

La literatura en relación al estudio de los predictores de resultado en el tratamiento de trastornos de ansiedad es amplia (Eskildsen, Hougaard, & Rosenberg, 2010; Keeley, Storch, Merlo, & Geffken, 2008; Mennin & Heimberg, 2000; Mululo, Menezes, Vigne, & Fontenelle, 2012; Olatunji, Davis, Powers, & Smits, 2013; Pampaloni, Bruscoli, & Pallanti, 2004; Solvason, Ernst, & Roth, 2003; Steketee & Shapiro, 1995; Taylor, Abramowitz, & McKay, 2012). Sin embargo, los estudios específicos existentes hasta el momento sobre predictores en el trastorno de pánico son bastante más escasos.

Centrándonos en los predictores de resultado del tratamiento en el trastorno de pánico, Jakubovski & Bloch (2016) encontraron que la presencia de depresión comórbida y el bajo nivel socioeconómico eran predictores de resultados desfavorables de la terapia. Sin embargo, un buen resultado se asoció con una expectativa positiva del tratamiento y un elevado sentido de autoeficacia.

Schat et al. (2013) concluyeron que tener nacionalidad extranjera, no tener una ocupación diaria, tener diagnóstico de agorafobia, una alta labilidad afectiva y problemas de comportamiento, disminuía las posibilidades de respuesta al tratamiento, mientras que vivir con la familia era un factor protector. Concluyeron, por tanto, que los factores que limitan la participación social están asociados a un riesgo aumentado de mal resultado de la psicoterapia.

En cuanto al género como variable predictora, se han obtenido diversos resultados hasta el momento, aunque predomina la ausencia de relación entre género y resultados en la mayoría de los estudios (Beutel, Bleichner, von Heymann, Tritt, & Hardt, 2011; Chavira et al., 2009; Serretti et al., 2009; Tyrer, Seivewright, & Johnson, 2004; Yonkers, Bruce, Dyck, & Keller, 2003).

En relación a la edad, los resultados son controvertidos. Algunos estudios han encontrado una asociación entre edad avanzada y peores resultados (Penninx et al., 2011), mientras que otros han relacionado una edad avanzada con una menor severidad del trastorno y una mayor disminución de la sintomatología (Ramsawh, Raffa, Edelen, Rende, & Keller, 2009).

PREDICTORES DE RESULTADO EN EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DE PÁNICO

Respecto al nivel educativo y el nivel socioeconómico, existen estudios que han relacionado un peor resultado con un bajo nivel educativo (Ramsawh et al., 2009), así como con estar en situación de desempleo y tener un bajo nivel socioeconómico (Roy-Byrne, Russo, Cowley, & Katon, 2003).

En lo que respecta a variables clínicas, algunos estudios han encontrado que la presencia de trastornos de ansiedad comórbidos es un predictor de peores resultados (Beutel et al., 2011). También la comorbilidad con depresión y alcoholismo se ha asociado a peores resultados (Bruce et al., 2005), aunque otros estudios no han mostrado tal asociación con depresión (Beutel et al., 2011; Roy-Byrne et al., 2003; Serretti et al., 2009). Lo que sí parece estar bien establecido es que la presencia de trastornos comórbidos de personalidad o rasgos disfuncionales de personalidad están asociados con peores resultados de manera repetida (Ansell et al., 2011; Beutel et al., 2011; Telch, Kamphuis, & Schmidt, 2011).

Heldt et al. (2003) encontraron que la depresión y un elevado nivel de neuroticismo están asociados a un peor resultado de la psicoterapia.

Por último, Chavira et al. (2009) encontraron que la comorbilidad con otros trastornos, la gravedad de los síntomas de pánico, la severidad del miedo, el neuroticismo y el nivel de incapacidad tienen una relación negativa con la mejoría clínica en el trastorno de pánico. Sin embargo, variables como la presencia de depresión mayor o la edad de inicio del trastorno de pánico no resultaron significativas.

CONCLUSIONES

Basándonos en los resultados de los estudios más recientes, podemos afirmar que existen predictores específicos que influyen en el resultado de la psicoterapia en el trastorno de pánico.

El diagnóstico de agorafobia, el bajo nivel educativo, estar en situación de desempleo, el bajo nivel socioeconómico, la comorbilidad con otros trastornos de ansiedad, trastornos de la personalidad, depresión o alcoholismo, un elevado nivel de neuroticismo, la gravedad de los síntomas o el nivel de incapacidad fueron algunas de las variables que se asociaron con un peor resultado de la psicoterapia. Sin embargo, variables como la expectativa positiva del tratamiento, un elevado sentido de autoeficacia, el apoyo social o una edad temprana de inicio del trastorno se asociaron a mejores resultados. La variable género no influyó en la mayoría de los estudios.

El conocimiento de predictores en psicoterapia resulta de gran interés para la práctica clínica, ya que puede resultar muy útil a la hora de diseñar un tratamiento óptimo ajustado a las características y necesidades de cada paciente.

PREDICTORES DE RESULTADO EN EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DE PÁNICO

BIBLIOGRAFÍA

1. American, P. A. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
2. Ansell, E. B., Pinto, A., Edelen, M. O., Markowitz, J. C., Sanislow, C. A., Yen, S., ... Grilo, C. M. (2011). The association of personality disorders with the prospective 7- year course of anxiety disorders. *Psychological Medicine*, 41, 1019–1028. <https://doi.org/10.1016/j.immuni.2010.12.017>.Two-stage
3. Batelaan, N., Smit, F., Graaf, R. d., Balkom, A. van, Vollebergh, W., & Beekman, A. (2007). Economic costs of full-blown and subthreshold panic disorder. *Journal of Affective Disorders*, 104(1–3), 127–136. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.03.013>
4. Beard, C., Moitra, E., Weisberg, R. B., & Keller, M. B. (2010). Characteristics and predictors of social phobia course in a longitudinal study of primary-care patients. *Depress Anxiety*, 27(1), 839–845. <https://doi.org/10.1097/OPX.0b013e3182540562>.The
5. Beutel, M. E., Bleichner, F., von Heymann, F., Tritt, K., & Hardt, J. (2011). Inpatient psychosomatic treatment of anxiety disorders: comorbidities, predictors, and outcomes. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11, 443–457.
6. Bruce, S. E., Yonkers, K. A., Otto, M. W., Eisen, J. L., Weisberg, R. B., Pagano, M., ... Keller, M. B. (2005). Influence of psychiatric comorbidity on recovery and recurrence in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder: a 12-year prospective study. *The American Journal of Psychiatry*, 162(6), 1179–1187.
7. Chavira, D. A., Stein, M. B., Golinelli, D., Sherbourne, C. D., Craske, M. G., Sullivan, G., ... Roy-Byrne, P. P. (2009). Predictors of Clinical Improvement in a Randomized Effectiveness Trial for Primary Care Patients with Panic Disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 197(10), 715–721. <https://doi.org/10.3816/CLM.2009.n.003>.Novel
8. Eskildsen, A., Hougaard, E., & Rosenberg, N. K. (2010). Pre-treatment patient variables as predictors of drop-out and treatment outcome in cognitive behavioural therapy for social phobia: A systematic review. *Nordic Journal of Psychiatry*, 64(2), 94–105. <https://doi.org/10.3109/08039480903426929>
9. Goodwin, R. D., Faravelli, C., Rosi, S., Cosci, F., Truglia, E., de Graaf, R., & Wittchen, H. U. (2005). The epidemiology of panic disorder and agoraphobia in Europe. *European Neuropsychopharmacology*, 15(4), 435–443.
10. Heldt, E., Manfro, G. G., Kipper, L., Blaya, C., Maltz, S., Isolan, L., ... Otto, M. W. (2003). Treating medication-resistant panic disorder: Predictors and outcome of cognitive-behavior therapy in a Brazilian public hospital. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 72(1), 43–48. <https://doi.org/10.1159/000067188>
11. Jakubovski, E., & Bloch, M. H. (2016). Anxiety Disorder-Specific Predictors of Treatment Outcome in the Coordinated Anxiety Learning and Management (CALM) Trial. *Psychiatric Quarterly*, 87(3), 445–464. <https://doi.org/10.1007/s11126-015-9399-6>

PREDICTORES DE RESULTADO EN EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DE PÁNICO

12. Keeley, M. L., Storch, E. A., Merlo, L. J., & Geffken, G. R. (2008). Clinical predictors of response to cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology Review*, 28(1), 118–130.
13. Klerman, G. L., Weissman, M. M., Ouellette, R., Johnson, J., & Greenwald, S. (1991). Panic attacks in the community. Social morbidity and health care utilization. *JAMA*, 265(6), 742–746.
14. Luborsky, L., Chandler, M., Auerbach, A. H., Cohen, J., & Bachrach, H. M. (1971). Factors influencing the outcome of psychotherapy: a review of quantitative research. *Psychological Bulletin*, 75(3), 145–185.
15. Mennin, D. S., & Heimberg, R. G. (2000). The impact of comorbid mood and personality disorders in the cognitive-behavioral treatment of panic disorder. *Clinical Psychology Review*, 20(3), 339–357.
16. Mululo, S. C., Menezes, G. B., Vigne, P., & Fontenelle, L. F. (2012). Revista Brasileira de Psiquiatria social anxiety disorder. *Revista Brasileira de Psiquiatria (São Paulo, Brazil: 1999)*, 34(1), 92–100.
17. Olatunji, B., Davis, M., Powers, M., & Smits, J. (2013). Cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis of treatment outcome and moderators. *Journal of Psychiatric Research*, 47(1), 33–41.
18. Pampaloni, I., Bruscoli, M., & Pallanti, S. (2004). Obsessive-compulsive disorder: Clinical response predictors. *Clinical Neuropsychiatry: Journal of Treatment Evaluation*, 1(1), 52–58.
19. Penninx, B. W. J. H., Nolen, W. A., Lamers, F., Zitman, F. G., Smit, J. H., Spinhoven, P., ... Beekman, A. T. F. (2011). Two-year course of depressive and anxiety disorders: Results from the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *Journal of Affective Disorders*, 133(1–2), 76–85. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.03.027>
20. Pollack, M. H., & Marzol, P. C. (2000). Panic: course, complications and treatment of panic disorder. *Journal of Psychopharmacology*, 14(2 Suppl 1), S25-30.
21. Ramsawh, H. J., Raffa, S. D., Edelen, M. O., Rende, R., & Keller, M. B. (2009). Anxiety in middle adulthood: effects of age and time on the 14-year course of panic disorder, social phobia and generalized anxiety disorder. *Psychological Medicine*, 39, 615–624. <https://doi.org/10.1038/jid.2014.371>
22. Roy-Byrne, P. P., Russo, J., Cowley, D. S., & Katon, W. J. (2003). Unemployment and emergency room visits predict poor treatment outcome in primary care panic disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 383–389.
23. Schat, A., Van Noorden, M. S., Noom, M. J., Giltay, E. J., Van der Wee, N. J. A., Vermeiren, R. R. J. M., & Zitman, F. G. (2013). Predictors of outcome in outpatients with anxiety disorders: The Leiden routine outcome monitoring study. *Journal of Psychiatric Research*, 47(12), 1876–1885. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2013.09.005>

PREDICTORES DE RESULTADO EN EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DE PÁNICO

24. Serretti, A., Chiesa, A., Calati, R., Perna, G., Bellodi, L., & De Ronchi, D. (2009). Common genetic, clinical, demographic and psychosocial predictors of response to pharmacotherapy in mood and anxiety disorders. *International Clinical Psychopharmacology*, 24, 1–18.
25. Solvason, H. B., Ernst, H., & Roth, W. (2003). Predictors of response in anxiety disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 26(2), 411–433.
26. Steketee, G., & Shapiro, L. J. (1995). Predicting behavioral treatment outcome for agoraphobia and obsessive compulsive disorder. *Clinical Psychology Review*, 15(4), 317–346.
27. Taylor, S., Abramowitz, J. S., & McKay, D. (2012). Non-adherence and non-response in the treatment of anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(5), 583–589. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2012.02.010>
28. Telch, M. J., Kamphuis, J. H., & Schmidt, N. B. (2011). The effects of comorbid personality disorders on cognitive behavioral treatment for panic disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 45(4), 469–474. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.08.008>
29. Tyrer, P., Seivewright, H., & Johnson, T. (2004). The Nottingham Study of Neurotic Disorder: predictors of 12-year outcome of dysthymic, panic and generalized anxiety disorder. *Psychological Medicine*, 34(8), 1385–1394.
30. Van Ameringen, M., Oakman, J., Mancini, C., Pipe, B., & Chung, H. (2004). Predictors of response in generalized social phobia: effect of age of onset. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 24(1), 42–48. <https://doi.org/10.1097/01.jcp.0000104909.75206.6f>
31. Watanabe, N., Furukawa, T. A., Chen, J., Kinoshita, Y., Nakano, Y., Ogawa, S., ... Noda, Y. (2010). Change in quality of life and their predictors in the long-term follow-up after group cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder: a prospective cohort study. *BMC Psychiatry*, 10, 81–91. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-81>
32. Wittchen, H., & Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe — a critical review and appraisal of 27 studies B. *European Neuropsychopharmacology*, 15, 357–376. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2005.04.012>
33. Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., J?nsson, B., ... Steinhausen, H. C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21(9), 655–679. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2011.07.018>
34. Wolitzky-Taylor, K. B., Arch, J. J., Rosenfield, D., & Craske, M. G. (2012). Moderators and Non-Specific Predictors of Treatment Outcome for Anxiety Disorders: A Comparison of Cognitive Behavioral Therapy to Acceptance and Commitment Therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(5), 786–799. <https://doi.org/10.1037/a0029418>
35. Yonkers, K. A., Bruce, S. E., Dyck, I. R., & Keller, M. B. (2003). Chronicity, relapse, and illness e course of panic disorder, social phobia, and generalized anxiety disorder: findings in men and women from 8 years of follow-up. *Depress Anxiety*, 17, 173–179.