

# Caracterización de un grupo psicoterapéutico e impacto logrado en pacientes con crisis de pánico

OSVALDO CASTILLA CONTRERAS  
Médico Psiquiatra. Docente Facultad de Ciencias de la Salud. U.T.P.

FRANCISCO JAVIER SÁNCHEZ MONTOYA  
Médico Salubrista. Docente Facultad de Ciencias de la Salud. U.T.P.

AMALIA SÁNCHEZ MONTOYA.  
Trabajadora Social. Hospital Mental de Risaralda.

MARTA SANTANA VEGA.  
Psicóloga. Hospital Mental de Risaralda.

## Resumen

*Teniendo en cuenta el alto número de consultas por trastornos ansiosos y depresivos se conformó hace siete años en Pereira el Grupo de Apoyo a pacientes con Trastornos Ansiosos y Depresivos. Al observarse que un significativo número de estos pacientes presentaban crisis de pánico, se inició el estudio de estos casos eligiéndose el grupo de setenta y cinco pacientes que consultaron en el período comprendido entre julio de 1998 y diciembre de 1999, con el fin de estudiar diferentes variables para conocer factores que desencadenan crisis de pánico y controlarlos, de tal manera que se lograra un mejor conocimiento de estos pacientes y sus relaciones familiares. Los resultados obtenidos permiten conocer que este grupo de autoayuda impacta satisfactoriamente como parte del tratamiento de los pacientes con padecimiento de crisis de pánico y en el mejoramiento de sus relaciones interpersonales y familiares.*

**PALABRAS CLAVES:** Crisis de pánico, psicoterapia de grupo, trastorno de ansiedad.

**Recibido para publicación:** 18-03-2002

**Aceptado para publicación:** 10-05-2002

## Introducción

**E**l Grupo de Apoyo a pacientes con Trastornos Ansiosos y Depresivos (GATA) lleva siete años de funcionamiento en la ciudad de Pereira, contando en la actualidad con 600 pacientes afiliados a la ASODEP (Asociación Colombiana de Lucha Contra la Depresión y el Pánico). En los siete años de funcionamiento del grupo se han realizado setenta reuniones a las que han asistido pacientes, familiares y allegados.

El grupo tiene como objetivos, el apoyo terapéutico, la psico-orientación y la psico-educación de pacientes, familiares y allegados. Con estos objetivos se buscan cambios en la actitud frente a los problemas del paciente, disminuyendo la incompreensión de sus familiares y seres queridos evitando en gran medida los factores de riesgo desencadenantes.

El síntoma básico del trastorno por crisis de angustia son los ataques de Pánico, objeto del presente estudio y que se caracteriza por un episodio de angustia intolerable, comienzo brusco e imprevisible, de duración breve y carácter episódico, no ligado a sucesos claramente identificables. Los síntomas característicos están constituidos por combinaciones variadas de sentimientos de miedo o terror, junto a manifestaciones físicas, como síntomas cardiovasculares, respiratorios o molestias abdominales, pudiendo sentir también mareos, sudoración, temblor, hormigueos y escalofríos<sup>(1,2)</sup>.

La clasificación de la Asociación Psiquiátrica Americana, D.S.M IV, define la crisis de angustia o ataque de pánico<sup>(3,4)</sup> como la aparición temporal y aislada de miedo y malestar intenso, acompañada de cuatro o más de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros diez minutos:

1. Palpitaciones o elevación de la frecuencia cardíaca.
2. Sudoración.
3. Temblor o sacudidas.
4. Sensación de ahogo o falta de aliento.
5. Sensación de atragantarse.
6. Opresión o malestar torácico.
7. Náuseas o molestias abdominales.
8. Inestabilidad, mareos o desmayo.
9. Desrealización o despersonalización.
10. Miedo a perder el control o volverse loco.
11. Miedo a morir.
12. Parestesias.
13. Escalofríos o sofocaciones.

El enfermo suele interpretar los síntomas que le agobian como manifestaciones de una enfermedad física grave y consecuentemente suele acudir a los servicios médicos de urgencias o a las consultas de diversos especialistas, según el síntoma dominante del cuadro clínico<sup>(5)</sup>. Con la repetición de las crisis, el paciente desarrolla un nivel de ansiedad anticipatoria generada por el miedo a sufrir otra crisis y, por consiguiente, revivir una experiencia profundamente desagradable.

La psicoterapia; es decir, la aplicación de medios psíquicos como terapia, tiene como fin descargar al paciente de la ansiedad, identificar las pautas de funcionamiento desadaptativas, fundamentar y apoyar los nuevos mecanismos psíquicos que le permitirán al paciente una buena adaptación a su habitual medio ambiente e instruirlo en las características de su trastorno para una pronta consulta y rápido alivio<sup>(6)</sup>.

La terapia de grupo, divide los factores curativos en once categorías básicas: 1) infundir esperanza; 2) la universalidad; 3) ofrecer información; 4) el altruismo; 5) la recapitulación correctiva del grupo familiar primario; 6) el desarrollo de las técnicas de socialización; 7) la conducta de imitación; 8) el aprendizaje interpersonal; 9) la cohesión del grupo; 10) la catarsis y, 11) los factores existenciales<sup>(7)</sup>.

En el tratamiento de los trastornos ansioso-depresivos se utilizan varias técnicas psicoterapéuticas como son:

1. Terapia de apoyo.
2. Terapias dinámicas.
3. Terapias de la conducta.
4. Terapias cognitivas.
5. Intervenciones sociofamiliares.

6. Otras técnicas (relajación, retroalimentación).

En la terapia grupal del grupo de autoayuda a los trastornos ansioso-depresivos de Pereira, se realiza una combinación de diferentes técnicas, según el grupo y según el momento. Se basa en los siguientes preceptos<sup>(8)</sup>:

1. Establecer un ambiente cordial, comprensivo y respetuoso que permita expresar los problemas, creencias, temores y críticas sin temor a la desaprobación.
2. Plantear los problemas y revisar las posibles soluciones.
3. Corregir en forma respetuosa y con argumentos basados en la realidad, las falsas creencias.
4. Favorecer la comprensión de los factores de riesgo de las diferentes patologías y sus opuestos, los factores de protección.
5. Aclarar los métodos de tratamiento empleados y las implicaciones terapéuticas.

### *Materiales y métodos*

Se realizó una investigación descriptiva para conocer 16 variables o características de un grupo de pacientes que han padecido crisis de pánico los cuales han recibido tratamiento farmacológico, terapias individuales y grupales; pertenecientes al Grupo de Apoyo de los Trastornos Ansioso-Depresivos en el segundo semestre de 1998 y todo 1999. Se diseñó entonces un formulario de recolección de la información con 16 preguntas que fueron diligenciadas a través de la revisión retrospectiva de las historias clínicas de setenta y cinco pacientes que consultaron y recibieron el tratamiento durante el período referido en el Instituto del Sistema Nervioso de Pereira. Luego de recolectada la información se pasó a la tabulación utilizando el programa Epiinfo-5 donde se llevó a cabo el análisis de cada una de las variables así como los cruces de éstas; pasándose luego al análisis final, con los resultados adelante consignados.

### *Resultados*

Respecto al sexo, el femenino tuvo una proporción de dos a uno. Los pacientes mayores de 45 años representaron el 40% del grupo estudiado.

Tres de cada cuatro pacientes llevaban más de un año

presentando crisis de pánico y la mitad de ellos las padecían desde hace más de cuatro años.

El 60% de los pacientes había presentado tres crisis o más en su vida.

Si bien es cierto que los ataques de pánico no están ligados a sucesos claramente identificables, los pacientes señalan como desencadenantes de las crisis en un 60%, al estrés y a los problemas personales.

Solo dos pacientes refirieron el uso de sustancias psicoactivas como desencadenantes de sus crisis.

La mayoría de los pacientes consultaron cuando presentaron su primera crisis, creyendo que iban a enloquecer o a morir, el 40% lo hizo al médico general, los demás consultaron a otro tipo de profesionales, mientras una proporción baja lo hizo a empíricos.

El 60% de los pacientes ingresó al grupo de autoayuda un año después de su primera crisis. Las dos terceras partes refirió sentir mucha mejoría al conocer de qué se trataba el problema y un 84% se sintió mejor con la participación periódica en el grupo terapéutico. Solo el 5% no sintió mejoría alguna al describirse la enfermedad. El 91% de los pacientes se sintió menos ansioso durante las siguientes crisis de pánico porque sabían que no iban a morir o a enloquecer.

Los antecedentes familiares positivos para crisis de pánico son muy frecuentes pues un 80% de los pacientes del presente estudio los tenían. A pesar de la severidad de las crisis de pánico, solo un 60% tuvo un apoyo inicial de su familia para ayudarlo a soportar su enfermedad. Pero una vez las familias recibieron instrucción y educación al respecto de las crisis de pánico por parte del grupo de autoayuda, el porcentaje de familias que dieron apoyo al paciente ascendió a un 84%.

Respecto al tratamiento farmacológico se encontró:

primero, buena adhesión a la medicación en un 84%; segundo, el 90% refirió mejoría de su trastorno de ansiedad y tercero, que la mitad de los pacientes encuestados llevaba menos de seis meses con tratamiento farmacológico.

## *Discusión*

En el presente estudio las crisis de pánico se presentaron principalmente en adultos mayores de 30 años, lo cual fue un hallazgo similar a otros estudios consultados<sup>(9,10)</sup>. Las mujeres fueron las más afectadas contrario al estudio realizado en los Estados Unidos donde se encontró un predominio de varones adultos<sup>(11)</sup>. Los antecedentes familiares en pacientes con crisis de pánico son muy marcados demostrando similitud con otros estudios revisados<sup>(10,12)</sup>.

La terapia de grupo demuestra ser en estos casos un valioso aporte al tratamiento, disminuyendo el número de crisis y el malestar que estas producen, gracias al conocimiento que el paciente adquiere de su enfermedad, sintiendo menos angustia pues sabe que no va a morir, a perder el control o a enloquecer. Por otra parte les permite a los pacientes contar con el apoyo familiar o mejorar el tipo de apoyo que venían teniendo, gracias a que las familias llegan a comprender que la crisis de pánico es una enfermedad que no puede ser controlada por el paciente y que hay tratamientos que mejoran ostensiblemente esta enfermedad.

Dada la crítica situación que los pacientes sienten en cada una de las crisis, todos acuden rápidamente a consulta, lo que hace importante el conocimiento por parte de los médicos y del personal de salud de un diagnóstico oportuno, evitándoles así grandes molestias a pacientes y allegados. Deben conocer también que el tratamiento farmacológico debe ir acompañado de terapias individuales y grupales como la mejor opción para lograr un alivio de estos pacientes.

## Referencias bibliográficas

.....

1. Toro R; Yepes L. Fundamentos de medicina psiquiátrica. Medellín. Corporación para investigaciones biológicas; 1997.
2. Bellak L. Psicoterapia breve y de emergencia, Méjico D.F. PAX; 1980.
3. DSM-IV American Psychiatric Association. Washington, 1995.
4. D.S.M-IV. II. Disease definition, natural history and epidemiology; diagnosis of panic disorder. Washington, 1995.
5. Ayuso J. Trastornos de Angustia. Barcelona. Ediciones Martínez Roca, S. A; 1998.
6. Arteaga C; Ospina J. Recomendaciones básicas para la atención de los trastornos psiquiátricos. Santafé de Bogotá. Noosfera Editorial; 1999.
7. Yalom Irvin D. Teoría y práctica de la psicoterapia de grupo. Fondo de cultura económica. México.
8. Bellak L; Siegel H. Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencias. Méjico.F. Ed. El Manual Moderno S.A, 1986.
9. William W. Eaton. Panic and panic disorder in the United States. AJP, 1.994.
10. Mark H. Pollack et al. Relationship of childhood anxiety to adult panic disorder. AJP, 1996.
11. Kimberly A, et al. Is the cause of panic disorder the same in women and men? AJP, 1.998.
12. Marco Bataggia M.D, et al. Age at onset of panic disorder: influence of family. AJP, 1.995.

