

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE MEDICINA



"ESTUDIO RETROSPECTIVO Y DE SEGUIMIENTO A  
LARGO PLAZO DE PACIENTES CON TRASTORNO DE  
PANICO CON O SIN AGORAFOBIA"

POR

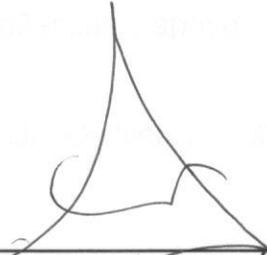
DRA. NORA ANAID HERNANDEZ DIAZ

COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL  
GRADO DE  
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA

DICIEMBRE, 2018

**“ESTUDIO RETROSPECTIVO Y DE SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO DE  
PACIENTES CON TRASTORNO DE PÁNICO CON O SIN AGORAFOBIA”**

**Aprobación de la tesis:**



**DR. MED. JOSÉ ALFONSO ONTIVEROS SÁNCHEZ DE LA BARQUERA**  
Director de la tesis



**DR. ALFREDO BERNARDO CUÉLLAR BARBOZA**  
Coordinador de Enseñanza



**DR. ERASMO SAUCEDO URIBE**  
Coordinador de Investigación



**DR. STEFAN MAURICIO FERNÁNDEZ ZAMBRANO**  
Jefe de Servicio o Departamento



**DR. MED. FELIPE ARTURO MORALES MARTÍNEZ**  
Subdirector de Estudios de Posgrado

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN**

**FACULTAD DE MEDICINA**



**“ESTUDIO RETROSPECTIVO Y DE SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO DE  
PACIENTES CON TRASTORNO DE PÁNICO CON O SIN AGORAFOBIA”**

**Por**

**DRA. NORA ANAID HERNÁNDEZ DÍAZ**

**COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE  
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA**

**DICIEMBRE, 2018**

**“ESTUDIO RETROSPECTIVO Y DE SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO DE  
PACIENTES CON TRASTORNO DE PÁNICO CON O SIN AGORAFOBIA”**

**Aprobación de la tesis:**

**DR. MED. JOSÉ ALFONSO ONTIVEROS SÁNCHEZ DE LA BARQUERA**  
Director de la tesis

**DR. ALFREDO BERNARDO CUÉLLAR BARBOZA**  
Coordinador de Enseñanza

**DR. ERASMO SAUCEDO URIBE**  
Coordinador de Investigación

**DR. STEFAN MAURICIO FERNÁNDEZ ZAMBRANO**  
Jefe de Servicio o Departamento

**DR. MED. FELIPE ARTURO MORALES MARTÍNEZ**  
Subdirector de Estudios de Posgrado

## **DEDICATORIA Y/O AGRADECIMIENTOS**

Dedico el presente trabajo a mis papás, Nora y Octavio. Eternamente agradecida por todas sus enseñanzas y apoyo.

Agradezco a mi maestro, el Dr. Ontiveros, por su paciencia y el aprendizaje obtenido con este esfuerzo.

Gracias también a Myrthala, por acompañarme y guiarme en el camino hacia ser mejor persona y profesionalista.

# TABLA DE CONTENIDO

Capítulo I	Página
1. RESUMEN. ....	1
Capítulo II	
2. INTRODUCCIÓN. ....	4
Capítulo III	
3. HIPÓTESIS. ....	8
Capítulo IV	
4. OBJETIVOS. ....	10
Capítulo V	
5. METODOLOGÍA .....	12
Capítulo VI	
6. RESULTADOS. ....	17
Capítulo VII	
7. DISCUSIÓN. ....	21
Capítulo VIII	
8. CONCLUSIONES. ....	23

Capítulo IX

9. ANEXOS.....	25
----------------	----

Capítulo X

10. BIBLIOGRAFÍA.....	35
-----------------------	----

Capítulo XI

11. RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO .....	37
----------------------------------	----

## INDICE DE TABLAS

<b>Tabla</b>	<b>Página</b>
1. Datos sociodemográficos en evaluación inicial . . . . .	26
2. Edad y años de estudio en la evaluación inicial . . . . .	27
3. Estadística descriptiva: variables clínicas . . . . .	28
4. Porcentaje de comorbilidad médica por aparatos y sistemas en el total de la muestra . . . . .	29
5. Porcentaje de comorbilidad psiquiátrica en el total de la muestra . . . . .	29
6. Tratamiento indicado en evaluación basal . . . . .	30
7. Puntajes de escalas aplicadas en primera visita y última registrada..	30
8. Impresión Clínica Global de Severidad. . . . .	31
9. Análisis comparativo entre grupo de pacientes con y sin agorafobia por género, estado civil y severidad clínica basal. . . . .	32
10. Análisis comparativo entre grupo de pacientes con y sin agorafobia por temporalidad, número de AP y puntaje en HAMD. . . . .	32
11. Correlación lineal entre el diagnóstico de TP con agorafobia y variables de cronicidad, ataques de pánico por mes y puntajes en HAMD.....	33
12. Pruebas de chi cuadrado: trastorno de pánico con agorafobia con género, estado civil e impresión inicial de severidad clínica . . . . .	34
13. Descripción de los pacientes de seguimiento . . . . .	34
14. Correlación entre indicadores iniciales y puntaje medio final HAMA, HAMD . . . . .	35

## INDICE DE FIGURAS

<b>Figura</b>	<b>Página</b>
1. Distribución por género en evaluación inicial ... ..	26
2. Distribución por estado civil en evaluación inicial .....	27
3. Diagnóstico al inicio del tratamiento. ....	28
4. Porcentaje de pacientes según ICG – S al inicio y en la última consulta ... ..	31

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

APA: American Society Association

TP: Trastorno de pánico

AP: ataques de pánico

HAMA: Escala Hamilton de Ansiedad

HAMD: Escala Hamilton de Depresión

ICG-S: Impresión Clínica Global de Severidad

# **Capítulo I**

## **RESUMEN**

## RESUMEN

**Objetivos:** Analizar la evolución a largo plazo de pacientes con trastorno de pánico (TP) con y sin agorafobia e identificar variables clínicas y sociodemográficas que sean factores predictores de un pronóstico favorable o desfavorable. Además, describir los tratamientos durante el seguimiento, así como las comorbilidades médico y psiquiátricas.

**Métodos:** Se estudiaron pacientes de ambos sexos, mayores de 18 años de edad, atendidos de 1991 al año 2005 en la Clínica de Investigación en Ansiedad y Depresión del Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario “Dr. José E. González” de la U.A.N.L. con diagnóstico de TP con y sin agorafobia según el DSM-III. Se capturó una base de datos con las variables basales y con la evolución clínica de los que continuaron en seguimiento. Se realizó un análisis estadístico, con el propósito de encontrar factores que estuvieran relacionados con el pronóstico del padecimiento a largo plazo.

**Resultados:** Se estudiaron 150 pacientes; 56% de sexo masculino y 44% femenino. El 40% de los pacientes dejó de acudir a tratamiento después de la valoración inicial. El resto de los sujetos (n=90) llevó seguimiento por un promedio de 12 meses. El 52% dejó de acudir por remisión de sintomatología. Respecto a la evolución, en la última evaluación registrada, el 35% de los pacientes se situó en un rango de moderado a extremadamente enfermo de acuerdo a la Impresión Clínica Global de Severidad (ICG-S), 17% fueron reportados no enfermos. No se observaron diferencias estadísticamente significativas que pudieran confirmar que existen factores predictores de la evolución a largo plazo de los pacientes con el padecimiento estudiado; tampoco se encontraron diferencias significativas entre los grupos de pacientes con agorafobia y sin agorafobia.

**Conclusiones:** En este estudio no se encontraron variables que se relacionaran con la evolución del padecimiento. Sin embargo, fue posible observar que, pesar del tratamiento y seguimiento, un alto porcentaje de pacientes continúa sintomático. Los sugieren que la mejoría clínica podría ser un factor relacionado al apego al tratamiento. A nuestro conocimiento, es el primer estudio acerca de la evolución de los pacientes con TP en población mexicana.

# **Capítulo II**

## **INTRODUCCIÓN**

## **Introducción**

### **El trastorno de pánico**

Según la Sociedad Americana de Psiquiatría (APA, por sus siglas en inglés), el TP se refiere a ataques de pánico (AP) inesperados y recurrentes. Un AP es una oleada repentina de miedo o malestar intenso que alcanza su máximo en cuestión de minutos, y durante ese tiempo se producen cuatro o más síntomas físicos y cognitivos de una lista de trece síntomas.

En la población general de Estados Unidos y varios países europeos, la prevalencia estimada anual para el TP se encuentra entre el 2 al 3% en adultos. Se han documentado estimaciones más bajas en países latinoamericanos, que van del 0,1 al 0,8%. La distribución por género es de un hombre por cada dos mujeres y la edad media de inicio es de 20 a 24 años.

Esta entidad se relaciona con altos niveles de disfunción social, ocupacional y física. En algunos casos conllevan al desarrollo de conductas de evitación, que pueden llegar a cumplir criterios de agorafobia.

Si no se trata, suele ser de curso crónico y con oscilaciones. Algunos pacientes tienen brotes sintomáticos con episodios de remisión entre éstos, otros tienen una sintomatología intensa y continua. Además de preocuparse por los AP, muchos pacientes refieren sensaciones constantes o intermitentes de ansiedad.

Es frecuente la comorbilidad con otros trastornos de ansiedad, especialmente agorafobia, depresión mayor, trastorno bipolar y trastorno por consumo moderado de alcohol. Las tasas de comorbilidad con depresión varían del 10 al 65% (APA, 2014).

Otras consecuencias indeseables son la baja autoestima, las actitudes hipocondríacas, el abuso de alcohol o ansiolíticos, e incluso el incremento de muertes prematuras (Coryel, 1982) y de suicidios (Andersch, 2003).

### **Curso y pronóstico del TP**

El TP es un padecimiento crónico y recurrente. Pocos estudios prospectivos a largo plazo se han realizado para identificar factores predictores de la evolución. Los estudios de seguimiento que se han realizado después de tratamiento farmacológico agudo mencionan que la mayoría de las pacientes con TP continúan con síntomas de ansiedad, y aunque la mayoría de los pacientes mejora, pocos se curan (Andersch, 2003).

El estudio prospectivo a cinco años de Scheibe y col. (1996) tuvo el propósito de comprobar si variables como la comorbilidad con la depresión, severidad del TP, presencia de agorafobia, cronicidad y grado de disfunción relacionada con la enfermedad podían predecir el curso del padecimiento. Los resultados arrojaron que la comorbilidad con trastorno depresivo afectó negativamente los puntajes de las escalas de ansiedad, depresión y funcionamiento a cinco años de seguimiento. Además, comprobó que a mayor tiempo de evolución al inicio del tratamiento, más prevalencia de agorafobia y peor funcionamiento social al seguimiento.

Por otro lado, Andersch y col. dieron seguimiento a 55 pacientes después de quince años de haber recibido diagnóstico y manejo para el TP. A pesar de continuar en tratamiento, el 18% aún cumplía con los criterios diagnósticos del padecimiento. Los pacientes con TP y agorafobia mostraron menor tasa de remisión y mayor de recaída que el grupo sin agorafobia, esto concuerda con lo que se había sugerido previamente respecto a que la agorafobia es un factor de mal pronóstico.

De forma parecida, Katsching y col. (1995), al revalorar a 367 pacientes después de cuatro años del inicio del tratamiento, observaron que las variables basales de frecuencia de ataques de pánico, tratamiento elegido y uso continuo de medicación no se vieron relacionadas con la evolución. Encontraron que los factores que predecían un mal pronóstico eran la cronocidad del trastorno y la severidad de la agorafobia.

De forma contrastante, en 2017 fue publicado un estudio realizado por Freire y col, en el cual se tomaron en cuenta variables basales como las antes mencionadas, al 1, 2, 3, 5 y 6 años. Sin embargo, factores predictores de recaída identificados previamente en otros estudios, como la agorafobia, ansiedad residual, sexo femenino, edad más joven no predijeron recurrencia de síntomas. El único hallazgo significativo fue que el tratamiento inicial con clonazepam predecía menor recaída en el seguimiento a seis años.

Aunque algunos estudios concuerdan en cuáles son los factores que predicen un peor pronóstico, no todos arrojan resultados homogéneos.

# **Capítulo III**

## **HIPÓTESIS**

## **Hipótesis**

### **Hipótesis de trabajo**

Existen variables clínicas y sociodemográficas que pueden predecir la evolución a largo plazo de los pacientes con TP con y sin agorafobia.

### **Hipótesis nula**

No existen variable clínicas ni sociodemográficas relacionadas predictivamente con la evolución a largo plazo de pacientes con TP con y sin agorafobia.

# **Capítulo IV**

## **OBJETIVOS**

## **Objetivos**

Estudiar la evolución a largo plazo de pacientes con Trastorno de Pánico con y sin agorafobia y los factores predictores de un pronóstico favorable o desfavorable.

## **Objetivos secundarios**

1. Estudiar las variables relacionadas con la evolución clínica de pacientes con TP.
2. Estudiar los tratamientos durante el seguimiento.
3. Estudiar la comorbilidad médica y psiquiátrica.

# **Capítulo V**

## **METODOLOGÍA DEL ESTUDIO**

## **Metodología**

### **Descripción del estudio**

Se trata de un estudio retrospectivo y de corte, cuantitativo.

### **Población de estudio:**

Pacientes atendidos a partir de 1991 en la Clínica de Investigación en Ansiedad y Depresión del Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” de la U.A.N.L. con diagnóstico de Trastorno de Pánico con y sin Agorafobia según el DSM-III. De ambos sexos, mayores de 18 años.

### **Criterios de inclusión.**

- Hombres y mujeres de 18 años de edad y mayores con diagnóstico de trastorno de pánico con y sin agorafobia (DSM-III).
- Pacientes atendidos en la Clínica de Investigación en Ansiedad y Depresión del Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario de la U.A.N.L.
- Pacientes que acepten participar el estudio y firmen la carta de consentimiento informado.

### **Criterios de exclusión**

- Casos que no cumplan los criterios de inclusión y que además sean considerados dentro de los criterios de eliminación.

### **Criterios de eliminación**

- Pacientes que no hayan completado en su totalidad las encuestas o escalas a aplicar.

- Pacientes que por cualquier motivo retiren su consentimiento informado para el estudio.

## **Métodos y material**

### **Muestra**

Para el presente estudio se localizaron 150 expedientes de pacientes atendidos a partir de 1991 en la Clínica de Investigación en Ansiedad y Depresión del Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario “Dr. José E. González” de la U.A.N.L. con diagnóstico de Trastorno de Pánico con y sin Agorafobia según el DSM-III. De ambos sexos, mayores de 18 años.

El estudio se llevó a cabo en cinco etapas:

**Etapla I.** Búsqueda de los casos atendidos en la Clínica de Investigación. Se utilizaron expedientes escaneados del periodo de 1991 (fecha de inicio de su funcionamiento) hasta el 2005 (fecha de cierre de la Clínica).

**Etapla II.** Se realizó la base de datos con la información sociodemográfica, clínica, comorbilidades médicas y psiquiátricas y tratamiento indicado; esto con el propósito de obtener información de la evolución de los pacientes al año, cinco y diez años de seguimiento. Sin embargo, de los 150 pacientes, 90 tuvieron, al menos, una segunda cita de seguimiento, con la siguiente distribución por tiempo:

- De 1 – 11 meses: 69 pacientes
- 12 a 24 meses: 10 pacientes
- >2 años a 4.5 años: 6 pacientes
- >5 a 9 años de seguimiento (7 a 9 años): 5 pacientes

Las variables incluidas en la base de datos fueron las siguientes:

- Sociodemográficas:
  - sexo
  - edad
  - estado civil
  - escolaridad
- Variables clínicas
  - edad de inicio del padecimiento
  - con agorafobia
  - comorbilidades médicas
  - comorbilidades psiquiátricas
  - cantidad de ataques de pánico por mes
  - tratamiento
  - motivo de terminación del tratamiento
- Puntaje de escalas, basal y final (en caso de seguimiento):
  - HAMA
  - HAMD
  - SCL – 90
  - ICG - S

**Etapa III.** Se intentó recontactar a los pacientes diagnosticados con TP para buscar su aceptación de colaboración en el estudio de seguimiento; sin embargo, la mayoría de ellos cambiaron de teléfono y dirección. Fue posible contactar a 6 pacientes, de los cuáles dos estaban dispuestos a ser entrevistados; todos los anteriores comentaron que se sentían bien y que habían dejado de acudir a sus consultas por lo mismo. Se narra brevemente uno de los casos que pudo ser contactado:

*Paciente masculino de 48 años, que acudió a la Clínica de Investigación en octubre de 2010, diagnosticado con trastorno de pánico sin agorafobia con un ICG – S de 4/7 (moderadamente enfermo); acudió solamente a una cita*

*de seguimiento, refiriendo que no había iniciado el tratamiento farmacológico porque “no había entendido cómo tomárselo”. En la actualidad refiere que sus síntomas remitieron cuando entró a trabajar como velador y que por ese motivo no había regresado a sus citas. Al invitársele al protocolo del presente estudio, el paciente refiere imposibilidad para acudir por horarios de trabajo, además de “sentirse bien”.*

**Etapa IV.** Respecto a esta fase del estudio, se llegó a la conclusión de que el número y tipo de paciente no era representativo de la muestra por lo que se discutió con el asesor y se decidió no realizar la reevaluación clínica y aplicación de escalas.

**Etapa V.** Estadística descriptiva y comparativa de los datos sociodemográficos, clínicos, tratamiento, comorbilidad y resultados de tratamiento por grupo (TP con agorafobia vs TP sin agorafobia). Se estudiaron las variables sociodemográficas, clínicas y del tratamiento que pudieran estar correlacionadas con los métodos estadísticos apropiados de acuerdo a la N de pacientes con la evolución de los pacientes de acuerdo a su recuperación. Se estableció un límite de confiabilidad al 5% bilateral.

# **Capítulo VI**

## **RESULTADOS**

## **RESULTADOS**

### **VALORACIÓN INICIAL**

#### **Características sociodemográficas**

La tabla 1 resume la información sociodemográfica. De la muestra total (n=150), el 44% de los pacientes fue de sexo femenino y el 56% masculino. Referente al estado civil, la mayor proporción (70%) eran casados. La media de edad a la que acudieron a la primera consulta fue de 34.1 años (DE 9.2). El 56% de los pacientes tenía empleo y el promedio de años de estudio fue de 12 años (DE 3.5) (Tabla 2, figura 1 y 2).

#### **Características clínicas**

El 77% de los pacientes fueron diagnosticados con trastorno de pánico con agorafobia y el 23% sin agorafobia (Figura 3). La media de edad de inicio del primer episodio del total de la muestra fue de 27.4 años (DE 9.6).

Respecto al tiempo de evolución al momento de llegar a la primera visita, el promedio fue de 75.5 meses (DE 87.1), es decir 6.2 años.

La cantidad de ataques de pánico por mes fue de 23.5 (DE 41.3).

El tiempo de seguimiento en meses fue de 7.8 (DS 19.7) (Tabla 3).

#### **Comorbilidades médicas y psiquiátricas**

Se reportó al 36% de los pacientes libre de comorbilidades médicas (Tabla 4), las más predominantes fueron las del sistema gastrointestinal (12.8%) después de los antecedentes quirúrgicos (14%).

Respecto a otros padecimientos psiquiátricos, el 56.7% de los pacientes no fue diagnosticado con algún otro trastorno mental. El porcentaje de depresión en la muestra fue de 18.5%. (Tabla 5)

## **Tratamiento**

El 35.3% de los pacientes fue tratado de inicio con clonazepam en monoterapia. El 15.3% de los pacientes continuó en evaluación o el tratamiento no fue especificado en el expediente. La combinación de fármacos más utilizada en los sujetos fue paroxetina y clonazepam, utilizada en el 12.7% de los casos (tabla 6).

## **Escalas**

En las tabla 6 y 7 se muestra la información de las escalas registradas con mayor frecuencia en los expedientes. El puntaje promedio de la HAMA fue de 24.5 (10 DE) que indica ansiedad de moderada a severa.

Los sujetos presentaron un puntaje de 14.3 (6 DE) en la HAMD de 17 ítems, que indica depresión leve.

En la escala ICG-S el 30% de los pacientes fue reportado como moderadamente enfermo, el 24% marcadamente enfermo y casi el 30% de severa a extremadamente enfermo en la primera visita.

## **Análisis de las variables**

El número de pacientes según el seguimiento a 1 (n=10), 5 (n=5), 10 y 15 años no fue representativo de la muestra por lo que se discutió con el asesor y se decidió continuar con el objetivo de estudiar las características sociodemográficas y clínicas al inicio y al final del seguimiento, y realizar estadística descriptiva y comparativa.

Se buscó correlación de las variables iniciales: edad de inicio, tiempo de evolución, ICG-S, número de ataques de pánico con los resultados finales de las escalas de HAMA, HAMD y no fueron encontrados hallazgos significativos (Tabla 14).

Al realizar una comparativa entre el grupo de pacientes con y sin agorafobia, tomando en cuenta variables sociodemográficas (sexo, estado civil) y clínicas (edad de inicio, tiempo de evolución, número de ataques de pánico por mes) y puntajes de las escalas HAMD e ICG-S, no se encontraron hallazgos significativos entre ambos grupos de pacientes (tablas 9 y 10).

No hubo correlación entre el diagnóstico TP con agorafobia y las variables de cronicidad (edad de inicio, tiempo de evolución, tiempo de seguimiento), cantidad de ataques de pánico por mes y el puntaje en HAMD (Tabla 11).

Se utilizaron las pruebas de chi cuadrado para buscar relación entre el diagnóstico de trastorno de pánico con agorafobia y género, estado civil e impresión clínica de severidad al inicio del tratamiento (tabla 12), tampoco se encontraron asociaciones significativas entre los factores analizados.

Del total de la muestra, 90 pacientes tuvieron, al menos, una segunda consulta de seguimiento, de los cuales el 80% tenía agorafobia. Las características clínicas y sociodemográficas fueron similares a la muestra total. La media de edad de inicio fue de 26.7. El tiempo de evolución fue en promedio de 68.06 meses, el tiempo de seguimiento promedio fue de 13.08 meses; el 37% se encontraban tratados con clonazepam hasta la última visita y el 50% dejó de acudir por mejoría clínica.

# **Capítulo VII**

## **DISCUSIÓN**

## DISCUSIÓN

Factores predictores de la evolución del TP presentados en estudios previos no predijeron la evolución en nuestro estudio.

VARIABLES como la edad promedio de inicio del padecimiento, de inicio del tratamiento y tiempo de evolución fueron similares a lo reportado en los estudios antes mencionados. La proporción por sexo fue distinta, aunque relevancia estadística para el diagnóstico o la evolución.

Si bien no se encontró relevancia estadísticamente significativa, se observó un porcentaje similar (18%, n=29) de pacientes con depresión, reportado previamente por Andersch y col. Este grupo de pacientes acudió consulta inicial a mayor media de edad del promedio de la muestra (36 años); mayor proporción tenían agorafobia (79%) y tenían mayor número de ataques de pánico que la media (56, más menos DE).

Las benzodiazepinas, solas o en combinación, fueron el grupo de fármacos más indicado, y ya que son de acción rápida y bien toleradas (Freire, 2017) esto podría tener relación con el seguimiento y apego a tratamiento, pues al menos el 26% de los sujetos en nuestro estudio acudieron a la valoración inicial ya medicados aun cuando no continuaban acudiendo a citas de control farmacológico.

A pesar del tratamiento y seguimiento, el 50% de los pacientes reportó una severidad de leve a severamente enfermo, es decir continuaba sintomático. Con puntajes de HAMA de leve a moderada (9%) y de moderada a severa (13%). Respecto a esto, Andersch y col. mencionan que hasta el 30% de los pacientes requirieron continuar con tratamiento a largo plazo.

# **Capítulo VIII**

## **CONCLUSIONES**

## **Conclusiones**

A nuestro conocimiento, este es el primer estudio realizado en población mexicana.

Si bien no se encontraron factores predictores de la evolución del TP, se confirmó que, a pesar del tratamiento y seguimiento, un alto porcentaje de pacientes continúa sintomático. Los resultados del estudio sugieren que la mejoría clínica es un factor que podría influir en la adherencia al tratamiento.

Se requieren más estudios de seguimiento a largo plazo de pacientes con TP con y sin agorafobia.

# **Capítulo IX**

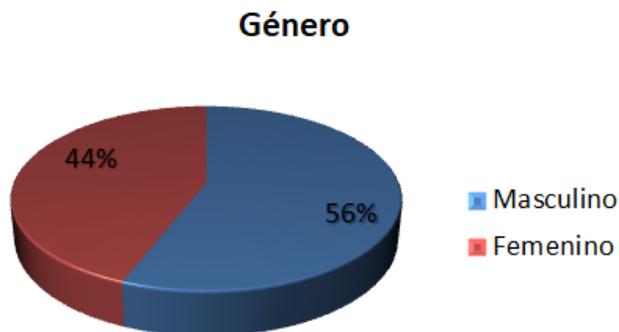
## **ANEXOS**

## ANEXOS

Tabla 1. Datos sociodemográficos en evaluación inicial.

<b>Datos demográficos a la admisión</b>		<b>n = 150</b>
Edad		
Media (DS)		34.1 (9.2)
Sexo		
Masculino <i>n</i> (%)		84 (56)
Femenino <i>n</i> (%)		66 (44)
Casados <i>n</i> (%)		105 (70)
Con empleo <i>n</i> (%)		84 (56)
Años de estudio		
Media (DS)		12.0 (3.5)

Figura 1. Distribución por género en evaluación inicial



	<b>Porcentaje</b>	<b>Frecuencia</b>
Masculino	56	84
Femenino	44	66
Total	100	150

Figura 2. Distribución por estado civil en evaluación inicial

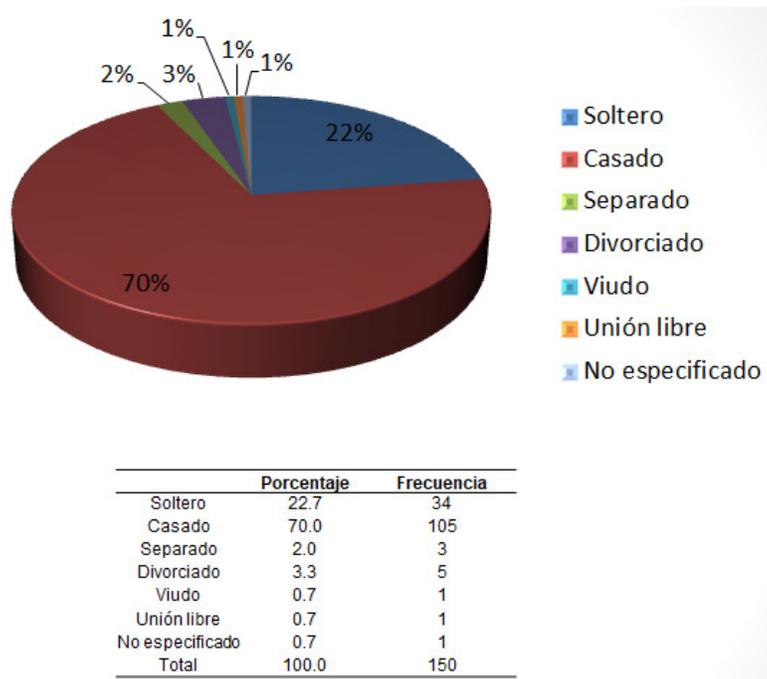
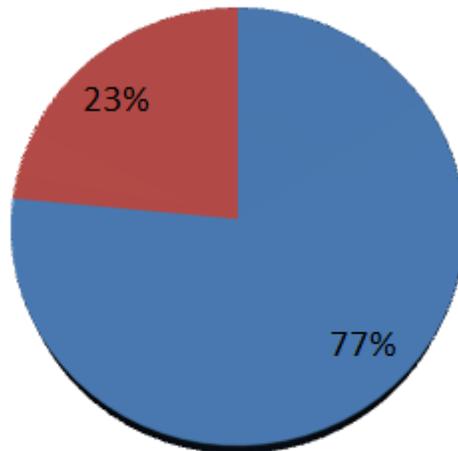


Tabla 2. Estadística descriptiva: edad y años de estudio en la evaluación inicial

	<b>Edad</b>	<b>Años de estudio</b>
N	149	146
Media	34.10	12.07
Mediana	34.00	11.00
Moda	32	11
Desviación estándar	9.204	3.558
Asimetría	1.032	0.033
Error estándar de asimetría	0.199	0.201
Curtosis	2.097	-0.137
Error estándar de curtosis	0.395	0.399
Mínimo	17	1
Máximo	71	21

Figura 3. Diagnóstico al inicio del tratamiento.

■ Con agorafobia    ■ Sin agorafobia



	Porcentaje	Frecuencia
Trastorno de Pánico sin Agorafobia	23	35
Trastorno de Pánico con Agorafobia	77	114

Tabla 3. Estadística descriptiva: variables clínicas

	Edad de inicio del primer episodio	Tiempo de evolución en meses	Ataques de pánico por mes	Tiempo de seguimiento total en meses
N	148	148	80	150
Media	27.43	75.584	23.51	7.850
Mediana	27.00	48.000	12.00	1.000
Moda	20	36.0	30	0.0
Desviación estándar	9.643	87.1497	41.320	19.7501
Asimetría	0.712	1.930	4.785	3.885
Error estándar de asimetría	0.199	0.199	0.269	0.198
Curtosis	1.711	4.047	27.325	15.707
Error estándar de curtosis	0.396	0.396	0.532	0.394
Mínimo	7	0.5	1	0.0
Máximo	61	444.0	300	118.0

Tabla 4. Porcentaje de comorbilidad médica por aparatos y sistemas en el total de la muestra.

Comorbilidad	Porcentaje
Hematopoyéticas	1.2
Hepáticas	1.7
Sistema nervioso central	1.7
Trastornos convulsivos	1.7
Respiratorias	2.9
Dermatológicas	3.5
Endócrinas / metabólicas	4.1
Alergias	4.7
Renales / genitourinarias	4.7
Otorrinolaringológicas	5.2
Cardiovasculares	5.8
Gastrointestinales	12.8
Cirugías	14
Ninguna	36

Tabla 5. Porcentaje de comorbilidad psiquiátrica en el total de la muestra

Trastorno mental	Porcentaje
Alcoholismo	1.9
Demencia	0.6
Depresión	18.5
Distimia	1.9
Drogadicción	3.8
Esquizofrenia	0.0
Fobia simple	3.8
Fobia social	5.7
Ninguna	56.7
Otro	1.3
Retardo mental	0.0
Trastorno de Ansiedad Generalizada	3.8
Trastorno Obsesivo compulsivo	1.3
Trastorno bipolar	0.0
Trastorno de personalidad	0.6

Tabla 6. Tratamiento indicado en evaluación basal

	Frecuencia	Porcentaje
Alprazolam / Fluoxetina	1	0.7
Alprazolam/ hidroxizina	1	0.7
Alprazolam/ Normipramina	1	0.7
Alprazolam/ Sertralina	1	0.7
Bromazepam/ Paroxetina	1	0.7
Clonazepam/ Clorazepato	1	0.7
Clonazepam / fluoxetina	1	0.7
Clonazepam / Venlafaxina	1	0.7
Clorazepato dipotásico / Paroxetina	1	0.7
Diazepam / Paroxetina	1	0.7
Lorazepam / Paroxetina	1	0.7
Alprazolam/Paroxetina	3	2.0
Bromazepam	4	2.7
Clonazepam / Imipramina	4	2.7
Clorazepato dipotásico	4	2.7
No especificado	5	3.3
Paroxetina	5	3.3
Alprazolam	6	4.0
Imipramina	7	4.7
Venlafaxina	11	7.3
Evaluación	18	12.0
Clonazepam / Paroxetina	19	12.7
Clonazepam	53	35.3
Total	150	100

Tabla 7. Puntajes de escalas aplicadas en primera visita y última registrada.

	Evaluación basal			Evaluación última visita		
	HAM A	HAM D	SCL 90	HAM A	HAM D	SCL - 90
N	79	72	54	46	30	30
Media	24.53	14.38	136.39	11.26	7.90	89.07
Mediana	24.00	15.00	124.00	8.50	7.50	68.00
Moda	28	15	94	0	0	5
Desviación estándar	10.013	6.099	72.669	10.693	5.653	87.664
Asimetría	0.513	0.280	0.479	1.285	0.475	0.638
Error estándar de asimetría	0.271	0.283	0.325	0.350	0.427	0.427
Curtosis	0.309	0.901	-0.327	1.716	-0.291	-0.997
Error estándar de curtosis	0.535	0.559	0.639	0.688	0.833	0.833
Mínimo	4	0	7	0	0	1
Máximo	54	31	304	46	22	264

Tabla 8. Impresión Clínica Global de Severidad.

	Evaluación basal		Evaluación final	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No se evaluó	4	2.7	8	8.9
Normal, no enfermo	1	0.7	15	16.7
Límite	6	4.0	23	25.6
Levemente enfermo	11	7.3	13	14.4
Moderadamente enfermo	45	30.0	17	18.9
Marcadamente enfermo	36	24.0	10	11.1
Severamente enfermo	24	16.0	1	1.1
Extremadamente enfermo	23	15.3	3	3.3
Total	150	100.0	90	100.0

Figura 4. Porcentaje de pacientes según ICG – S al inicio y en la última consulta

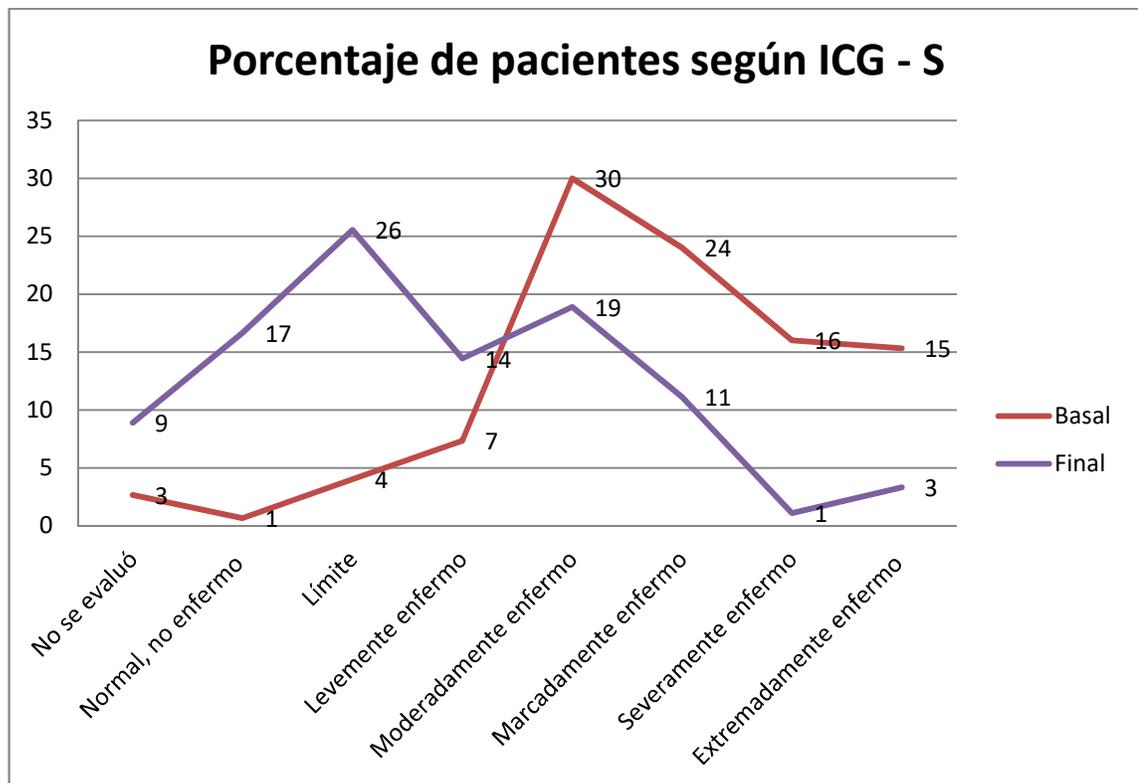


Tabla 9. Análisis comparativo entre grupo de pacientes con y sin agorafobia por género, estado civil y severidad clínica basal.

		Diagnóstico primario		P
		Trastorno de angustia sin agorafobia	Trastorno de angustia con agorafobia	
Sexo	Masculino	60.0%	54.4%	>0.05
	Femenino	40.0%	45.6%	>0.05
Estado civil	Soltero	28.6%	21.1%	>0.05
	Casado	62.9%	71.9%	>0.05
	Separado	0.0%	2.6%	>0.05
	Divorciado	8.6%	1.8%	>0.05
	Viudo	0.0%	0.9%	>0.05
	Unión libre	0.0%	0.9%	>0.05
	No determinado	0.0%	0.9%	>0.05
ICG - S basal	No determinado	5.7%	0.9%	>0.05
	Normal, no enfermo	2.9%	0.0%	>0.05
	Límite	5.7%	3.5%	>0.05
	Levemente enfermo	11.4%	6.2%	>0.05
	Moderadamente enfermo	42.9%	26.5%	>0.05
	Marcadamente enfermo	20.0%	25.7%	>0.05
	Severamente enfermo	5.7%	19.5%	>0.05
	Extremadamente enfermo	5.7%	17.7%	>0.05

Tabla 10. Análisis comparativo entre grupo de pacientes con y sin agorafobia por temporalidad, número de AP y puntaje en HAMD.

	Diagnóstico primario		p
	Trastorno de angustia sin agorafobia	Trastorno de angustia con agorafobia	
	Media	Media	
Edad de inicio del primer episodio	27	28	>0.05
Tiempo de evolución en meses	50.6	80.6	>0.05
HAMD basal	16	14	>0.05
Ataques de pánico por mes	39	20	>0.05
HAMD final	7	8	>0.05
Tiempo de seguimiento total en meses	5.2	8.7	>0.05

Tabla 11. Correlación lineal entre el diagnóstico de TP con agorafobia y variables de cronicidad, ataques de pánico por mes y puntajes en HAMD.

<b>Trastorno de angustia con agorafobia</b>		
	r	0.045
Edad de inicio del TP	p	0.588
	N	147
	r	0.154
Tiempo de evolución en meses	p	0.063
	N	147
	r	-0.132
HAMD basal	p	0.269
	N	72
	r	-0.171
Ataques de pánico por mes	p	0.132
	N	79
	r	0.067
HAMD final	p	0.726
	N	30
	r	0.075
Tiempo de seguimiento en meses	p	0.363
	N	149

Tabla 12. Pruebas de chi cuadrado: trastorno de pánico con agorafobia con género, estado civil e impresión inicial de severidad clínica.

Diagnóstico primario * género	Valor	df	p	p corregida
Chi-cuadrado de Pearson	,342 <sup>a</sup>	1	0.559	
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	0.152	1	0.696	
Razón de verosimilitud	0.344	1	0.558	
Prueba exacta de Fisher				0.698
Asociación lineal por lineal	0.340	1	0.560	
N de casos válidos	149			
Diagnóstico primario * estado civil	Valor	df	p	
Chi-cuadrado de Pearson	6,530 <sup>a</sup>	6	0.367	
Razón de verosimilitud	7.199	6	0.303	
Asociación lineal por lineal	0.185	1	0.667	
N de casos válidos	149			
Diagnóstico primario * ICG – S basal	Valor	df	p	
Chi-cuadrado de Pearson	7,990 <sup>a</sup>	7	0.252	
Razón de verosimilitud	16.107	7	0.024	
Asociación lineal por lineal	13.236	1	0.000	
N de casos válidos	148			

Tabla 13. Descripción de los pacientes de seguimiento

	Edad evaluación basal	Años de estudio	Edad de inicio del primer episodio	Tiempo de evolución en meses	HAM A basal	HAM D basal	Ataques de pánico por mes	HAM A final	HAM D final	Tiempo de seguimiento total en meses
N	90	87	89	89	55	48	60	46	30	90
Media	32.80	11.43	26.70	68.06	25.01	14.00	26.60	11.20	7.90	13.080

Tabla 14. Correlación entre indicadores iniciales y puntaje medio final HAMA, HAMD

		<b>HAMA</b>	<b>HAMD</b>
Edad de inicio del primer episodio	Rho	0.239	0.111
	p	0.110	0.559
	N	46	30
<hr/>			
Tiempo de evolución en meses	Rho	-0.133	0.051
	p	0.378	0.791
	N	46	30
<hr/>			
ICG - S del diagnóstico principal 1era visita	Rho	0.125	-0.143
	p	0.409	0.450
	N	46	30
<hr/>			
Ataques de pánico por mes	Rho	-0.096	0.137
	P	0.571	0.566
	N	37	20

# **Capítulo X**

## **BIBLIOGRAFÍA**

## Bibliografía

1. Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), 5ta Ed. Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría.
2. Coryell, W., Noyes, R., & Clancy, J. (1982). Excess mortality in panic disorder. A comparison with primary unipolar depression. *Arch Gen Psychiatry*., 39(6), 701–3.
3. Weissman MM, Klerman GL, Markowitz JS, Ouellette R. (1989) Suicidal ideation and suicide attempts in panic disorder and attacks. *N Engl J Med*, 321:1209-1214.
4. Andersch S, Hetta J. (2003) A 15-Year Follow-Up Study Of Patients With Panic Disorder. *European Psychiatry* 18 (8) 401–408.
5. Katsching H, Amering M, Stolk JM, Klerman GL, Ballenger JC, Briggs A, et al. Long term follow-up after a drug trial for panic disorder. (1995) *Br J Psychiatry*; 167:487–94.
6. Scheibe G, Albus M. (1996). Predictors of outcome in Panic Disorder: a five-year prospective follow-up study. *Journal of Affective Disorders*; 41, 111-116.
7. American Psychiatric Association (1987). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder 3rd Ed. Revised, Washington, DC: American Psychiatric Press 139-151.
8. Freire RC, Amrein R, Mochcovitch MD, Dias GP, Machado S, Versiani M, Arias-Carrión O et al. (2017). A 6-Year Posttreatment Follow-up of Panic Disorder Patients: Treatment With Clonazepam Predicts Lower Recurrence Than Treatment With Paroxetine. *J Clin Psychopharmacol*; 37(4): 429-434.

## **Capítulo XI**

# **RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO**

## **Resumen autobiográfico**

La doctora Nora Anaid Hernández Díaz nació en diciembre de 1987 en Monterrey, Nuevo León.

Estudió la carrera de Medicina en la Universidad Autónoma de Nuevo León con el único objetivo de obtener el título para aspirar a un posgrado Psiquiatría, el cual actualmente se encuentra finalizando.

Obtuvo la certificación por parte del Consejo Mexicano de Psiquiatría en diciembre de 2018 y actualmente es aspirante a la subespecialidad de Psiquiatría Infantil y del Adolescente en la misma institución.

Sus áreas principales áreas de interés académico son trastornos de ansiedad, trastornos de alimentación y trastornos psicóticos, aunque realmente disfruta su profesión y el trato con el paciente en general.