

Efectividad del desarrollo de la Atención Plena (Mindfulness) como coadyuvante en el tratamiento farmacológico del Trastorno por Angustia

*MORALES FELIPE, **CÓRDOVA ALEJANDRO, *** MORALES RODRIGO

Dedicado al Dr. Alejandro Córdova Córdova.

Introducción

El trastorno por angustia (TA) o trastorno de pánico es uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes que se caracteriza por presencia de *crisis de angustia inesperadas* y un constante estado de ansiedad ante la posibilidad de padecer nuevas crisis. En México lo presentan el 2.9% de las mujeres y el 1.3% de los hombres (1.5 a 5% en la población mundial) (Sadock y cols, 2004). Este padecimiento afecta significativamente la calidad de vida pues repercute sobre aspectos financieros, laborales, familiares y sociales de quien lo padece, lo que, además de un inadecuado tratamiento, puede generar complicaciones como Agorafobia y la Depresión (50-60% de los casos).

El tratamiento más efectivo para el TA ha demostrado ser la combinación de farmacoterapia (ansiolíticos y antidepresivos) y terapia cognitivo-conductual (TCC), aunque la mayoría de los pacientes (60-70%) continúan con síntomas de intensidad variable a pesar del tratamiento. Durante las últimas décadas otra alternativa terapéutica ha demostrado ser efectiva como coadyuvante en el tratamiento

farmacológico del TA: el desarrollo de la Atención Plena (AP) o *Mindfulness*, meditación cuyas raíces se encuentran en el Budismo Theravada, constituyendo el pilar fundamental de su práctica. Ninguno de los estudios publicados se ha realizado con población mexicana afectada por TA, por lo que no se sabe qué respuesta podría presentarse en este grupo de población.

El presente estudio evaluó la efectividad de la técnica de AP en pacientes de población mexicana con TA, mediante el empleo de escalas clinimétricas (Hamilton y Beck). La enseñanza de la técnica se realizó a través de un programa basado en el modelo REBAP (Reducción de Estrés Basado en la Atención Plena) del Centro Médico de la Universidad de Massachusetts. Fue dirigido por un médico psiquiatra y psicoanalista mexicano, con 30 años de experiencia en la práctica y enseñanza de la técnica.

Trastorno por Angustia

El TA incluye síntomas somáticos, cognitivos y conductuales (Alarcón, 2005) que se relacionan con alteraciones estructurales y funcionales del cerebro. El diagnóstico se establece por la presencia de crisis de angustia o pánico cuyos síntomas se caracterizan por la *aparición temporal y aislada de miedo intenso*

*Médico General; tesis para obtener grado de médico-cirujano por la Universidad Veracruzana.

**Medico Psiquiatra y Psicoanalista del Instituto Mexicano de Psicoanálisis y Director del cultivo de la atención plena, REBAP Veracruz. Asesor en el tema de Atención Plena y REBAP.

acompañada de por lo menos 4 síntomas que incluyan palpitaciones o taquicardia, sudoración, temblores, sensación de ahogo, sensación de atragantarse, opresión torácica, molestias abdominales, mareo, parestesias (entumecimiento) y escalofríos, que alcanzan su clímax durante los primeros 10 minutos (DSM-IV TR, 2000).

Cognitivamente pueden observarse los síntomas de *sensación de irrealidad o estar separado de sí mismo, sensación de perder el control o volverse loco y sensación de muerte inminente*. El temor a presentar crisis en situaciones o lugares donde podría resultar difícil escapar u obtener ayuda, acompañan a las alteraciones conductuales *evitación fóbica (agorafobia) y ansiedad anticipatoria* que caracterizan los periodos de tiempo que transcurren entre una crisis y otra.

Son varias las alteraciones estructurales y funcionales identificadas en pacientes con este trastorno psiquiátrico: 1) La *Sustancia Gris Periacueductal (PAG)* relacionada con la respuesta analgésica al dolor, se encuentre hiperexcitable y desencadene los síntomas característicos de las crisis de angustia tales como palpitaciones y sudoración (Del-Bel *et al*, 2009); 2) La *Amígdala*, cuya función normal se relaciona con la respuesta fisiológica de alarma (sudoración, aumento de la frecuencia cardiaca y respiratoria) ante estímulos potencialmente peligrosos preparando al organismo para luchar o huir, se

encuentra anormalmente hiperactiva y con un volumen disminuido en pacientes con TA (Hayno y cols, 2009). Dichas alteraciones se han relacionado con: a) síntomas de ansiedad anticipatoria y evitación fóbica característicos de los periodos intercrisis; b) hiperexcitabilidad aparentemente espontánea que desencadenaría las crisis de pánico; o c) alteraciones en la comunicación con la PAG; 3) El *Hipocampo*, estructura que procesa información contextual de acuerdo a experiencias previas, presenta igualmente un volumen y función disminuidos en el TA (Charney y cols, 2002).; y 4) La *corteza prefrontal dorsolateral (dlCPF) y la corteza cingular anterior (CCA)* (Ohta y cols, 2008) regulan en condiciones normales la respuesta de alarma desencadenada por la amígdala; reciben y procesan la información sensorial y la información proveniente de la amígdala y el hipocampo con lo que reestructuran cognitivamente la experiencia y favorecen una respuesta conductual organizada. Sin embargo, su función y volumen también se ven disminuidos en el TA (Chechko y cols, 2002)

Bioquímicamente se encuentran alteraciones en el sistema de la serotonina (5-HT) y del ácido g-aminobutírico (GABA). El Núcleo del Rafé (NR), cuyas neuronas sintetizan 5-HT, inhibe normalmente la actividad de la PAG por estimulación de los receptores 1A y estimulan la actividad de la amígdala y la

CPF por estimulación de receptores tipo 2. Sin embargo, en el TA existe una disminución en la concentración de 5-HT y la respuesta de sus receptores. Por otro lado, las alteraciones del sistema GABA se relacionan con un bajo tono inhibitorio, que es su principal función (Maron y cols, 2006).

El mecanismo descrito, sirve de base para el tratamiento farmacológico y psicoterapéutico. Los antidepresivos principalmente los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina, inducen una mayor concentración y respuesta a la 5-HT, favorecen la neurogénesis y contribuyen a restablecer la comunicación de las áreas reguladoras de la conducta (corteza prefrontal y cingular anterior) con las estructuras límbicas (amígdala e hipocampo). Por su parte, la TCC y la psicoterapia en general favorecen el restablecimiento de dicha comunicación a través de técnicas que modifican los aspectos cognitivos de la experiencia (incluyendo síntomas somáticos) y mejoran los aspectos conductuales ansiedad anticipatoria y evitación fóbica.

Atención Plena

Existen varios modelos de enseñanza y aplicación de la AP. De acuerdo con el modelo REBAP de Massachusetts la atención plena se define como la conciencia que surge a través de colocar intencionalmente la atención en el momento presente, sin juzgar o

reflexionar durante el desarrollo de la experiencia momento a momento.

La AP constituye la práctica principal de meditación del Budhismo Theravada. Fue descrita por el Buddha histórico, Gotama, hace poco más de 2500 años y documentada en dos textos de gran importancia para esta tradición: el *Satipatthana Sutta* (Discurso de los Fundamentos de la Atención) y el *Anapanasati Sutta* (Discurso de la Atención en la Respiración). De acuerdo con el contexto budista, la meditación o cultivo de la atención plena (*vipassana bhavana* [passana= ver; vi= dentro de; bhavana= cultivo, meditación]) (Gunaratana, 2003.) tiene como finalidad. El poder observar, experiencialmente, las características comunes de todos los fenómenos (que son impermanentes, que carecen de una entidad y que generan insatisfacción), lo que produce la liberación del deseo o aversión que nos produce la falsa idea que tenemos de los mismos (permanentes, con entidad propia y generadores de placer o satisfacción). Sin embargo, la observación de dichas características fenomenológicas requiere del previo desarrollo de una mente libre de juicios, prejuicios y pensamientos que contaminan la percepción de cualquier fenómeno. Es precisamente esto último lo que conforma el fundamento de programas de aplicación de la atención plena como el REBAP.

Desde una perspectiva neuropsicológica, el desarrollo de la atención plena posee

dos componentes principales: el de autorregulación y el de la actitud hacia la experiencia. El primero permite inhibir estímulos irrelevantes y desarrollar la capacidad de sostener la atención sobre un objeto seleccionado y el segundo, a través de control inhibitorio, permite un cambio en la actitud hacia la experiencia que se caracteriza por curiosidad, apertura mental y aceptación. Así, el incremento en la aceptación de los fenómenos (incluidos síntomas y pensamientos catastróficos) abre una brecha entre la cognición y la conducta y se reduce el empleo de estrategias cognitivo-conductuales como la evitación fóbica (Bishop *y cols*, 2004).

A nivel cerebral, la técnica de Atención Plena o Mindfulness, también mejora la funcionalidad de la CPF y CCA mediante el incremento de su volumen y función, junto con otras estructuras que participan de igual manera en la etiología del TA y el desarrollo de atención selectiva, atención sostenida y atención inhibitoria.

Las características psicológicas y de modificación estructural que genera AP pueden explicar la efectividad del desarrollo de esta técnica como coadyuvante en el tratamiento farmacológico del TA que se ha observado en estudios con este tipo de pacientes. Dichas características no parecen estar relacionadas con aspectos culturales por lo que se planteó la posibilidad de que la efectividad de la AP se viera replicada en pacientes de

población mexicana con TA de Hölzel *y cols*, 2007).

Estudio Clínico

Se realizó estudio clínico en el que se evaluó la evolución de 6 pacientes de la consulta externa del Hospital de Salud Mental de Xalapa con diagnóstico de TA sin agorafobia, que recibieron el curso REBAP para el desarrollo de AP. Todos los pacientes se encontraban bajo tratamiento farmacológico con antidepresivos y/o ansiolíticos de más de un año de evolución aunque algunos síntomas que incluían crisis de angustia y estado de ánimo ansioso más síntomas depresivos, cognitivamente ligados a la evolución. Estadísticamente, los pacientes se encontraban distribuidos de la siguiente manera: 1) 5 mujeres y un hombre; 2) Edad de 52.16 ± 11.9 años; 3) laboralmente dos pacientes se encontraban desempleados, un profesionista, dos trabajadores de nivel técnico y una trabajadora de la educación; 4) la distribución por nivel educativo fue: 50% educación media, media-superior y 50% superior.

El programa REBAP al que fueron sometidos los pacientes consistió de 8 sesiones de 2-2.5hrs por sesión semanal durante 8 semanas, durante las cuales se desarrollaron fundamentalmente cuatro actividades: exploración guiada del cuerpo, posturas de yoga, meditación caminando y meditación sentada. De acuerdo con el programa original de

REBAP se entregó un CD con un archivo de audio para realizar exploración del cuerpo en casa y se asignaron tareas para realizar durante los días entre sesiones tales como comer y realizar alguna actividad cotidiana con atención plena, meditar caminando y sentado y repetir las posturas de yoga para lo cual no se emplearon los principios teóricos y filosóficos del yoga.

Se evaluó a los pacientes a través de escalas clinimétricas, aplicadas por médico psiquiatra, que reflejan la evolución y severidad de síntomas ansiosos y depresivos antes de iniciar el estudio y al final de la semana 2, 4 y 8: Escala de Ansiedad de Hamilton (EAH), Escala de Depresión de Hamilton (EDH), Inventario Depresivo de Beck (IDB). El análisis estadístico de estas escalas se llevó a cabo mediante un programa de cómputo diseñado para dicho fin.

Aunque con una muestra pequeña de pacientes y algunas otras atenuantes metodológicas, los resultados refieren que hubo mejoría sintomatológica estadísticamente y clínicamente significativa (EDH: $p= 0.01$; EAH: $p= 0.02$; IDB: $p= 0.04$) y que los resultados no se debieron al azar sino a los efectos de la técnica en sí.

Se trata de una primera aproximación al estudio de los efectos de la AP en población mexicana que permite concluir que la técnica es efectiva como coadyuvante en el tratamiento

farmacológico del TA. Sin embargo, los resultados deben tomarse con reserva debido a factores como el tamaño de la muestra ($n=6$), desiguales tiempos de evolución y tratamiento farmacológico heterogéneo. Además de las correspondientes correcciones metodológicas sería recomendable estudiar la efectividad de la AP frente a grupos control, que no reciban la técnica o la reciban parcialmente y, que sean evaluados por personal médico especializado que ignore el grupo al cual el paciente pertenece.

Este trabajo se empleo como tesis para obtener grado de médico-cirujano del autor y se expuso en el Congreso Nacional de Psiquiatría en 2011.

Contacto:
felipemorales_1@hotmail.com

Bibliografía

ALARCON R, MAZZOTTI G, NICOLINI H: Psiquiatría (2da ed). México DF: Manual Moderno, 2005, 476-479.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Text Revision (4th ed.). Washington, D.C: American Psychiatric Association, 2000. pp 478-493.

BISHOP SR, LAU M, SHAPIRO S, CARLSON L, ANDERSON N, CARMODY J, SEGAL Z, ABBEY S, SPECA M, VELTING D, DEVINS G: Mindfulness: a proposed operational definition. *Clinical Psychology-Science and practice* 2004, 11(3): 230-241.

CHARNEY DS, DREVETS WC. Neurobiological basis of anxiety disorders. En K. L. Davis, D. Charney, J. T. Coyle & C. Nemeroff, (eds). *Neuropsychopharmacology: The Fifth Generation of Progress*, Brentwood, TN.: American College of Neuropsychopharmacology 2002, pp. 373-383.

CHECHKO N, WEHRLE R, ERHARDT A, HOLSBOER F, CZISCH M, SÁMANN P: Unstable prefrontal response to emotional conflict and activation of lower limbic structures and brainstem in remitted panic disorder. *Plos One Max Planck Institute of Psychiatry* 2009, 4(5): 1-11.

DEL-BEN CM, GRAEFF FG: Panic disorder: is the PAG involved?. *Neural Plasticity* [On-line] 2009, Disponible: Article ID 108135; doi 10.1555/2009/108135.

GUNARATANA H El cultivo de la atención plena: la práctica de la meditación Vipassana. México DF: Editorial Pax México 2003, pp. 1-25}.

HAYNO F, NAKAMURA M, ASAMI T, UEHARA K, YOSHIDA T, ROPPOGI T, OTSUKA T, INOUE T, HIRAYUSU Y: Smaller amygdala is associated with anxiety in patients with panic disorder. *Psychiatry and clinical Neurosciences* 2009, 63: 266-276.

MARON E, SHLIK J: Serotonin function in panic disorder: important, but, why? *Neuropsychopharmacology* 2006, 31 (I-II): 1-12.

OHTA H, YAMANGATA B, TOMIOKA H, TAKAHASHI T, YANO M, NAKAGOME K, MIMURA M: Hypofrontality in panic disorder and a major depressive disorder assessed by multi-channel near-infrared spectroscopy. *Depression and Anxiety* 2008, 25:1053-1059.

SADOCK BJ, SADOCK VA: Concise textbook of clinical psychiatry (2da ed.). Philadelphia PA: Lippincott Williams & Wilkins, 2004, pp 214-212

HÖLZEL BK, OTT U, HEMPEL H, HACKL A, WOLF K, STARK R, VAITL D: Differential engagement of anterior cingulate and adjacent medial frontal cortex in adept-meditator and non-meditators. *Neuroscience Letters* 2007, 421 (1): 16-21.