

7 01985



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**“GENESIS, SINTOMATOLOGIA Y TRATAMIENTO  
DEL TRASTORNO DE PANICO EN POBLACION  
DEL D.F.”**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:  
DOCTOR EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA:**

**MTRO. SAMUEL JURADO CARDENAS**

**DIRECTOR DE TESIS:**

**DR. JUAN JOSE SANCHEZ SOSA**

**COMITÉ :**

**DR. JORGE CAPPON GOTLIB**

**DRA. SILVIA MACOTELA FLORES**

**DRA. MARÍA ELENA MEDINA MORA-ICAZA**

**DRA. PATRICIA TRUJANO RUIZ**

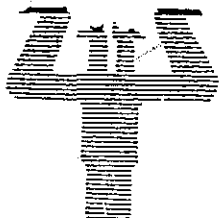
**SUPLENTES:**

**DRA. EMILIA LUCIO GOMEZ-MAQUEO**

**DR. JOSÉ DE JESÚS GONZÁLEZ NÚÑEZ**

MÉXICO, D.F.

2002



**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A:

Irma Soto Alanís

Irma De la Canal Soto

Claudia De la Canal Soto

La Facultad de Psicología

La Universidad Nacional Autónoma de México

## AGRADECIMIENTOS

A mi abuelo, padres y hermanos gracias por su apoyo permanente.

A Gabriela Jurado gracias por su ayuda incondicional en la captura de las bases de datos y en las múltiples correcciones de la tesis en el procesador de texto.

A Enedina Villegas Hernández gracias por su ayuda para calcular el tamaño de la muestra del Cuestionario de Ataques de Pánico y por su y asesoría psicométrica.

Al Dr. Juan José Sánchez Sosa, mi tutor de doctorado, gracias por su valiosa amistad, apoyo y guía en la realización de esta investigación, con respeto y cariño.

A los integrantes de mi Comité Doctoral gracias por sus enseñanzas, apoyo y amistad constante.

Al Doctor Gerardo Heinze, quien al inicio del presente proyecto era Jefe de la División de Servicios Clínicos del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente”, gracias por otorgar su autorización para poder realizar las fases dos y tres de esta tesis con pacientes psiquiátricos dentro de dichas instalaciones.

Al Doctor José A. García Marín, actual Jefe de la División de Servicios Clínicos del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente”, gracias por el apoyo incondicional y facilidades otorgadas no sólo para la realización de las fases dos y tres de la tesis sino por la confianza otorgada para participar y colaborar en otras actividades académicas organizadas por el Instituto.

A la Lic. Martha Juárez Delgado, psicóloga del Instituto Nacional de Psiquiatría, gracias por su ayuda en la administración de cuestionarios durante la fase dos de esta tesis.

A los pacientes que participaron en la investigación, gracias por su confianza y permitimos aprender junto con ellos a encontrar formas de ayudarles a superar sus problemas.

Finalmente a la Mtra. Patricia Edith Campos Coy, psicóloga del Instituto Nacional de Psiquiatría, coterapeuta y amiga en este trabajo. Nuestro interés en los ataques de pánico coincidió y nos permitió una ayuda recíproca complementaria que culminó en las tesis respectivas. Un agradecimiento especial por su apoyo incondicional, con cariño, admiración y respeto.

## INDICE

RESUMEN.....	1
ABSTRACT.....	2
INTRODUCCION.....	3
REVISION DE LA LITERATURA CIENTIFICA.....	5
JUSTIFICACION Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	36
PREGUNTAS DE INVESTIGACION.....	37
OBJETIVO.....	37

## FASE UNO

### METODO

Población.....	38
Sujetos.....	38
Muestreo.....	39
Escenario.....	39
Aparatos e instrumentos.....	39
Definición conceptual y operacional de variables.....	40
Tipo de estudio.....	40
Diseño.....	41
Procedimiento.....	41
Criterios de validez.....	41
Resultados.....	44
Conclusiones de la fase uno.....	62

## FASE DOS

### METODO

Objetivos.....	65
Sujetos.....	66
Aparatos e instrumentos.....	66
Definición conceptual y operacional de variables.....	67
Tipo de estudio y diseño experimental.....	68
Procedimiento.....	68
Resultados.....	70
Conclusiones de la fase dos.....	88

## FASE TRES

### METODO

Objetivo.....	92
Sujetos.....	92
Aparatos e instrumentos.....	92
Definición conceptual y operacional de variables.....	93
Tipo de estudio y diseño experimental.....	94
Procedimiento.....	94
Resultados.....	98
Conclusiones de la fase tres.....	104
DISCUSION GENERAL.....	106
REFERENCIAS.....	113

#### Anexos:

- a) Inventario de Salud estilos de Vida y Comportamiento
- b) Escala Indice de Sensibilidad a la Ansiedad
- c) Cuestionario de Ataques de Pánico
- d) Inventario de Depresión de Beck
- e) Inventario de Ansiedad de Beck

## RESUMEN

El presente proyecto tuvo como fin dar inicio a una línea de investigación psicológica acerca de los ataques de pánico en particular y de los trastornos de ansiedad en general. Para lograr este propósito, se realizaron tres fases experimentales que permitieron mediante una evolución sistemática y acumulativa estudiar metodológicamente el trastorno de pánico. La primera fase se destinó a construir medidas de autoinforme de la ansiedad y de los ataques de pánico que fueran objetivas. Se validó, estandarizó y obtuvieron las normas de la escala Índice de Sensibilidad a la Ansiedad (Alfa de Cronbach= .8740). Asimismo, se validó el Cuestionario de Ataques de Pánico cuyos resultados mostraron que los síntomas, situaciones y forma de ocurrencia de los ataques de pánico son los mismos que los señalados en la literatura científica.

En la fase dos se emplearon los instrumentos de la etapa previa junto con el SEViC y los inventarios de ansiedad y depresión de Beck para obtener datos epidemiológicos sobre el trastorno de ansiedad así como datos sobre sus características clínicas, en pacientes psiquiátricos de la Ciudad de México. Los resultados mostraron que los Inventarios de Ansiedad y de Depresión de Beck y el Índice de Sensibilidad a la Ansiedad correlacionan significativamente de forma tal que los tres sirven como predictores del puntaje que se puede esperar en cada uno de ellos. Los resultados también mostraron que las pérdidas paterna/materna durante la infancia, las amenazas de divorcio, las peleas a gritos y con violencia además de maltrato físico se asocian significativamente con la génesis de este trastorno.

En la Fase tres se implementó un protocolo de tratamiento con psicoterapia cognoscitivo conductual de 12 sesiones, en el que participaron 26 pacientes psiquiátricos diagnosticados con ataques de pánico y con tratamiento farmacológico de imipramina. Los componentes psicológicos del protocolo de psicoterapia fueron: información psicoeducativa, aprendizaje en control respiratorio, entrenamiento en relajación muscular, reestructuración cognoscitiva mediante Terapia Racional Emotiva y entrenamiento asertivo. Las sesiones terapéuticas, en la modalidad de coterapia grupal, se evaluaron con la batería de instrumentos antes descrita administrada en tres momentos: pretest, postest y seguimiento. Los resultados del análisis de varianza para mediciones repetidas mostraron diferencias significativas en la escala de depresión ( $F= 4.17$ , 2 g. l.,  $p < .040$ ), sensibilidad a la ansiedad ( $F= 10.87$ , 2 g. l.,  $p < .002$ ) y ansiedad ( $F= 7.45$ , 2 g. l.,  $p < .007$ ). Se concluye que el tratamiento combinado farmacológico y psicoterapia cognoscitivo conductual es efectivo para eliminar la sintomatología asociada a los ataques de pánico.



## ABSTRACT

The purpose of the work reported in the present paper was to start a research line on panic attacks in particular and anxiety disorders in general in Mexico. To this end, three studies were conducted which allowed for a more systematic and progressive analysis of panic disorder. The first one was aimed at adapting and validating anxiety self-report measures for Mexico which were more objective in nature. Thus the first study included assessing the psychometrical properties of the Sensitivity to Anxiety Index (Sandín Chorot & McNally, 1996). Results yielded a Cronbach Alpha of 0.8740. Additionally, the assessment of the Panic Attack Questionnaire (Norton, 1986) revealed that symptoms, situations and characteristics of occurrence of panic attacks, as measured in Mexico by the questionnaire, closely resemble those contained in the international research literature.

In the second study the instruments previously described, plus the Health, Lifestyles and Behavior Inventory (Hernández & Sánchez-Sosa, 1993), and the Beck Depression and Anxiety Inventories, were used to collect data on the epidemiological distributions of anxiety disorders in Mexico City, including also a sample of psychiatric patients. Results revealed high correlation among both Beck inventories and the Sensitivity to Anxiety Index. Data showed that all three instruments serve as good mutual predictors of scores by each of them. Results also revealed that father or mother loss during childhood, threats of marital separation, parental loud verbal fights involving violence and physical abuse are highly associated with the genesis of these disorders.

The third study implemented and evaluated the joint effects of a 12-session cognitive-behavioral intervention protocol and imipramine medication on 26 psychiatric patients diagnosed with panic attacks. The psychological components of the therapeutic protocol included psycho-educational exposure to information, training on breathing control, deep relaxation, cognitive restructuring and assertiveness training. The sessions involved the co-therapy group modality and their effects evaluated at three points in time: pretest, posttest, and one-month follow-up. These three measures used the complete battery of instruments previously described. A second follow-up, one year later involved the analysis of the patients' clinical indicators. Repeated measures ANOVA results yielded significant differences for the depression scale ( $F=4.17, p<0.04$ ), anxiety sensitivity ( $F=10.87, p<0.002$ ), and anxiety ( $F=7.45, p<0.007$ ) all with two degrees of freedom. Results led to concluding that the combined medication and cognitive-behavioral psychotherapy was effective to reduce or eliminate the symptoms associated with panic attacks.

## INTRODUCCION

En la época actual la ansiedad se ha vuelto un problema de salud mental debido a los grandes cambios sociales, ambientales y de inseguridad que se viven cotidianamente.

La ansiedad es un fenómeno normal que, en su grado moderado, desempeña una importante función para estimular al individuo y así mantener un nivel adecuado de trabajo y conducta. Por el contrario, la ansiedad excesiva (patológica) se refiere a aquella de alta frecuencia o duración que compromete el bienestar y la eficacia personal (Tyrer, 1984; Vollrath 1991).

El ataque de pánico es un fenómeno, que junto con la agorafobia, se puede presentar dentro del contexto de cualquiera de los trastornos de ansiedad y es causante de una ansiedad excesiva tan incapacitante que afecta de manera importante la calidad de vida de quien lo padece debido a que se presenta de forma brusca y llega a una máxima expresión dentro de los primeros diez minutos de su inicio acompañado de síntomas cognoscitivos y somáticos y de una necesidad urgente de escapar de la situación en la que ocurre el ataque.

En nuestro país la investigación psicológica acerca de los trastornos de ansiedad es mínima, existe una importante necesidad de desarrollar sistemas de diagnóstico y medición, con los que se pueda obtener información objetiva de datos epidemiológicos que permitan estimar la proporción de ocurrencia de los trastornos de ansiedad así como confirmar o no la presencia o ausencia de comorbilidad con otros trastornos. Se requiere elaborar protocolos de tratamiento y mucho más aún desarrollar modelos teóricos que pueden explicar el comportamiento de estos trastornos en población mexicana.

Por lo anterior, el presente trabajo se enfoca al estudio de los ataques de pánico por lo cual en primer lugar se hace la revisión de la literatura sobre este tema y



posteriormente se describen tres fases experimentales diseñadas para obtener información objetiva sobre la génesis, sintomatología y tratamiento de este trastorno en residentes de la Ciudad de México.

## I. REVISION DE LA LITERATURA CIENTIFICA.

Con objeto de dar al lector una clara visión del estado actual de las investigaciones sobre los ataques de pánico, esta sección se divide en las siguientes partes: Diagnóstico, Epidemiología, Modelos Teóricos, Medición, Comorbilidad, Tratamiento y Estudios sobre Factores de Crianza.

### DIAGNOSTICO

La ansiedad es un fenómeno normal, que en grado moderado, desempeña una importante función para estimular al individuo y así mantener un nivel adecuado de trabajo y conducta (Andrews, Crino, Hunt, Lampe y Page, 1994). En un grado intermedio, la ansiedad se ha asociado con algunos tipos de problemas en el comportamiento humano, tales como el maltrato a niños, mujeres o minusválidos, fracaso deportivo y problemas interpersonales. También se sabe que el extremo negativo está conformado por la ansiedad excesiva o patológica, de alta frecuencia o duración que compromete el bienestar y la eficacia personal y cuyos trastornos están claramente identificados en sistemas taxonómicos como el DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994).

Es importante hacer notar que el ataque de pánico no es un trastorno propiamente dicho, sólo es un fenómeno que se presenta como parte de cualquiera de los trastornos de ansiedad. Sin embargo, es un elemento muy importante del Trastorno de Pánico con o sin Agorafobia. Por lo anterior, la clasificación de los trastornos de ansiedad del DSM-IV inicia señalando la diferencia entre *ataque de pánico* y *trastorno de pánico*.

Un *Ataque de pánico* es un súbito acceso de aprensión, temor, o terror asociado con sensaciones de muerte inminente. Durante el ataque están presentes síntomas tales como dificultad para respirar, dolor en el pecho, incomodidad, sensación de ahogo o asfixia y temor a perder el control o volverse loco. Para un adecuado diagnóstico, además se deben presentar, de manera súbita y llegar a un pico dentro de un lapso de diez minutos, al menos cuatro de los siguientes 13 síntomas:

1. Palpitaciones
2. Sudoración
3. Temblor
4. Dificultad para respirar
5. Sentimiento de ahogo
6. Dolor o malestar en el pecho
7. Náusea o malestar abdominal
8. Sensación de mareo, inestabilidad
9. Sentimientos de irrealidad o despersonalización
10. Temor a perder el control o volverse loco
11. Miedo a morir
12. Hormigueo o adormecimiento
13. Escalofrío o bochorno

Por otra parte, el *Trastorno de Pánico* se caracteriza por la presencia recurrente de ataques de pánico inesperados, seguidos de una constante preocupación que dure al menos un mes de que se sufrirá otro ataque. Este trastorno puede diagnosticarse con o sin agorafobia. Para diagnosticar Pánico sin Agorafobia se requiere:

Experimentar ataques de pánico recurrentes

Que por lo menos uno de los ataques sea seguido, durante un mes (o más), de uno (o más) de los siguientes aspectos:

- Preocupación persistente de experimentar más ataques.
- Preocupación acerca de las implicaciones de los ataques o de sus consecuencias.
- Un cambio significativo en la conducta relacionada con los ataques.
- Ausencia de agorafobia
- Que no sea causado por sustancias
- Que no cumpla con los criterios de otros trastornos

Para el diagnóstico del ataque de pánico con agorafobia, los criterios son los mismos que los utilizados para diagnosticar pánico sin agorafobia con la diferencia que ahora sí estará presente ésta (Brown y Deagle, 1992; Hayward, Killen, Kraemer y Taylor, 2000).

Para poder distinguir entre las diferentes manifestaciones del ataque de pánico, es necesario llevar a cabo un diagnóstico diferencial. Este, requiere en primer lugar descartar que los síntomas sean el resultado manifiesto de alguna enfermedad física, del uso de medicamentos, cafeína, drogas y/o alcohol (Ontiveros y Fontaine 1993, a y b); además de tomar en cuenta el contexto en el que ocurre el ataque, ya que, un elemento importante en el diagnóstico diferencial es “lo inesperado de los ataques”, lo cual no ocurre en la fobia social, en el trastorno obsesivo compulsivo, o en la agorafobia.

El instrumento de diagnóstico más utilizado a nivel mundial en los escenarios psiquiátricos, es la Entrevista Clínica Estructurada para el Diagnóstico de los trastornos del Eje I (First, Spitzer, Gibbon, y Williams, 1997).

Algunos estudios (Yardley, Luxon, Lear y Britton, 1994) han mostrado que hay muchas similitudes entre las quejas de las personas remitidas a las clínicas

otoneurológicas para investigación del vértigo, con aquellas atendidas por psiquiatras y psicólogos para tratamiento de pánico y agorafobia. Los síntomas similares son: ansiedad, percepciones negativas de síntomas somáticos y restricción voluntaria de actividades. Por lo anterior, ante la sospecha de que las personas con síntomas de pánico y agorafobia podrían tener anormalidades no detectadas en el sistema del equilibrio, realizaron un estudio en el que utilizaron pruebas posturográficas (una plataforma móvil conocida como EquiTest) en sujetos con y sin síntomas de pánico, encontrando que los resultados de la prueba correlacionaron con los informes subjetivos de mareo y con la evitación agorafóbica y no correlacionaron con las mediciones de ansiedad somática o con los síntomas de ansiedad relacionada con el miedo a la anticipación de sus consecuencias. Por lo anterior, en todos los casos se deberá descartar cualquier posibilidad de que el ataque de pánico sea sólo consecuencia de una alteración orgánica o en última instancia provocado por alguna sustancia. Siempre que sea posible debe haber un examen médico para descartar alteración audiovestibular, hipoglucemia, hipertiroidismo, hipoparatiroidismo etc. (Beck y Zebb, 1994).

*Con respecto a frecuencia y cronicidad, se considera pánico al cuadro en que la persona refiere haber sufrido al menos tres ataques en las últimas tres semanas, sin que se restrinja a situaciones fóbicas y se diagnostica pánico con agorafobia, cuando además del pánico muestra evitación reiterada y miedo extremo (Chambles, Caputo, Bright, Gallagher, 1984).*

Hay tres tipos característicos de ataques de pánico vinculados ya sea con el inicio de ellos o la presencia o ausencia de disparadores situacionales (Beck y Zebb, 1994):

Ataque de pánico inesperado.- Su inicio no está asociado con un disparador situacional, ocurre espontáneamente.



Ataque de pánico con vínculo situacional.- Casi invariablemente ocurre inmediatamente a la exposición, o en anticipación, del disparador situacional (p. ej. El ver una araña o un perro dispara un ataque).

Ataque de pánico situacionalmente predispuesto.-Es muy probable que ocurra ante la exposición al disparador situacional, pero no necesariamente está asociado con la señal y no necesariamente ocurre después de la exposición (p. ej. es más probable que los ataques ocurran mientras se maneja un automóvil, aunque hay ocasiones en que se maneja sin experimentarlos u ocurren después de manejar durante media hora.)

Los ataques de pánico de acuerdo con McNally (1990) se caracterizan por ataques de ansiedad inesperada que comprenden síntomas tales como taquicardia, vértigo, falta de respiración, temblor y miedo a perder el autocontrol o morir. La persona que padece este trastorno, usualmente evita situaciones en las que el pánico resultaría incapacitante, si esta evitación se generaliza, se dice que se trata de pánico con agorafobia. Clark (1986) amplía lo anterior, señalando que frecuentemente los ataques de pánico ocurren en sitios tales como la casa o los supermercados. Cuando esto es así, el trastorno resulta lo suficientemente severo como para interferir con actividades cotidianas básicas de la persona, imposibilitándola prácticamente para salir de su casa, trabajar, etc.

## **EPIDEMIOLOGIA**

Un estudio, realizado desde una perspectiva epidemiológica, encaminado a encontrar datos sobre la ocurrencia del pánico y sus factores de riesgo es el conducido por Norton, Harryson, Hauch y Rhodes (1985) en el que después de entrevistar a 186 sujetos adultos de entre 18 y 60 años, encontraron que el 34% de ellos, había experimentado por lo menos un ataque de pánico y el 2% había experimentado tres o más ataques durante las tres semanas previas a la entrevista.



Con el propósito de detectar factores asociados con los ataques de pánico en población aparentemente sana, Norton, Dorward y Cox (1986), compararon sujetos con experiencias recientes de ataques de pánico y sujetos normales. Aplicaron a 256 estudiantes universitarios voluntarios los siguientes instrumentos: el Cuestionario de Ataques de Pánico, el inventario de Ansiedad Rasgo-Estado, el Inventario de Depresión de Beck, el Inventario de Estudio de Miedos (*Fear Survey Schedule*), el Perfil de Estados de Animo, El Cuestionario de Ansiedad y el Cuestionario de Miedos. Los resultados de este estudio mostraron, que los síntomas más frecuentes son los ya conocidos como palpitación, temblor, sudoración, vértigo, etc., con lo cual se reafirma la existencia de un perfil del fenómeno. Concluyeron también que las personas que experimentan pánico, obtienen puntajes mas altos en las escalas de ansiedad y de depresión, así como en otras medidas psicopatológicas que las personas normales y una mayor incidencia en los miembros de la familia que lo experimentan. Por último señalan que la mayoría de los episodios de pánico mostraron un origen repentino y una duración breve.

Rapee Ancis y Barlow (1988) entrevistaron a 155 alumnos normales y a 18 personas con diagnóstico de ataques de pánico, para evaluar su experiencia acerca de sensaciones fisiológicas y sus reacciones emocionales a esas sensaciones. Usaron el Inventario de Sensibilidad a la Ansiedad y el Cuestionario de Experiencias Fisiológicas (*Physiological Experiences Questionnaire*). Los resultados indicaron que las sensaciones fisiológicas características de los ataques de pánico, comúnmente las experimentan sujetos que no sufren dichos ataques, pero en menor medida que los 18 sujetos diagnosticados con ataques. La principal diferencia consiste en que los sujetos que sufren pánico tienen alta probabilidad de responder con ansiedad en mayor intensidad, frecuencia y duración. Asimismo, Brown y Deagle (1992) concluyen que las personas que sufren ataques de pánico

clínicamente diagnosticados tiene mayor sensibilidad a la ansiedad que la población no clínica.

Kashani y Orvaschel (1988) utilizaron como sujetos a 150 jóvenes escolares de entre 14 y 16 años para estudiar el grado de ocurrencia de trastornos de ansiedad, de acuerdo con las respuestas que dieron a cinco medidas de autoinforme. Sus resultados indicaron que el trastorno de ansiedad es el más común para adolescentes y alumnos, igualmente encontraron una asociación significativa entre la ansiedad y la depresión. Un estudio similar (Hayward, Killen, y Taylor, 1989) con 106 alumnos de bachillerato a quienes entrevistaron y aplicaron instrumentos de autoinforme, arrojó datos que mostraron que 14 de ellos habían experimentado algún tipo de crisis de angustia; la mayoría de ellos señaló que sus padres se habían separado o divorciado y mostraron mayor tendencia al tabaquismo.

Telch, Lucas y Nelson (1989) en un estudio que buscaba evaluar la ocurrencia de episodios de pánico, con población aparentemente normal, utilizando los criterios del DSM-III, encontraron que el 12% de una muestra de 2375 alumnos había experimentado al menos un episodio agudo de angustia severa, de acuerdo con sus respuestas al Cuestionario de Ansiedad, al Índice de Sensibilidad a la Ansiedad y a la Entrevista Clínica Estructurada del DSM-III. Otro hallazgo de este estudio fue que los ataques de pánico eran relativamente comunes en población aparentemente normal, con la diferencia de que son menos severos y frecuentes que los experimentados por quienes cumplen el criterio de diagnóstico clínico, sin diferencias significativas por sexo. Los sujetos también refirieron experimentar preocupación persistente, o aprensión ansiosa acerca de la posible recurrencia de otros ataques, lo que haría suponer que la recurrencia podría operar como factor de vulnerabilidad en la patogénesis de este trastorno (Borkovec, 1990).

Por otra parte, con el propósito de probar la hipótesis de que el pánico no ocurría en jóvenes, Moreau, Weissman y Warner (1989) realizaron un estudio con

220 sujetos de entre 6 y 23 años, considerados de alto riesgo, debido al diagnóstico de sus padres, sometiéndolos a entrevistas con los criterios del DSM-III y haciendo un seguimiento de dos años. Sus resultados mostraron que el pánico puede ocurrir antes de la pubertad aún en hijos de padres que no lo han padecido. Al parecer no se conoce con precisión ni la continuidad del pánico de la niñez hacia la edad adulta, ni el curso clínico o su impacto en el desarrollo. Aunque Brown y Cash (1989) confirman la ocurrencia de ataques de pánico en población no clínica recomiendan tener cuidado en la forma de estimarlo ya que utilizando dos versiones del cuestionario de ataques de pánico observaron que los datos se pueden sobreestimar.

Otro aspecto importante es el hecho de que se sabe poco de la prevalencia de síntomas que no llegan a cumplir los criterios del DSM, por lo cual Katerndhal y Realini (1993) entrevistaron 1306 personas encontrando que el 2.2% de ellos reportaron experimentar síntomas limitados, sin encontrar diferencias entre hombres y mujeres. En tanto que Wilson, Sandler, Asmundson Ediger, Larsen y Walker (1992) identificaron casos clínicos en muestras de sujetos aparentemente normales. A diferencia de los autores anteriores, Eaton, Kessler, Wittchen y Magee (1994) aplicaron la entrevista estructurada CIDI a 8098 personas estadounidenses de entre 15 y 54 años de edad. Sus resultados mostraron que 15% de ellos reportó haber experimentado pánico durante el mes previo a la entrevista y sólo el 1% cumplió el criterio del DSM.

De acuerdo con Moreaw, et al. (1989) y Moreaw y Weissman (1992), hay evidencia importante de que el trastorno de pánico ocurre en niños y adolescentes, la manifestación clínica es similar a la de los adultos y la edad de inicio oscila entre los 5 y 18 años. No obstante es importante el diagnóstico diferencial con el Trastorno de Ansiedad por Separación y el Trastorno de Personalidad por Evitación.

En relación al inicio del trastorno de pánico (Battaglia, Bertella, Politi, Bernardeschi, Perna, Gabriele y Bellodi, 1995, y Manicavasagar, 1993) encontraron que había una alta correlación entre el pánico y haber experimentado trastorno de separación infantil. La literatura parece confirmar (Tweed, Schoenbach, George y Blazer, 1989) que durante la infancia, el divorcio, la muerte materna y en general las pérdidas paternas, son factores de riesgo significativos para trastornos de ansiedad, que los ataques de pánico pueden producir Trastornos por Estrés Postraumático (McNally, y Lukach, 1992) y que los pacientes con pánico muestran una alta correlación entre las conductas de evitación y la anticipación del pánico y no con la ocurrencia del mismo; especialmente hacia la agorafobia (Cox, Swinson, Norton, y Kuch, 1991; Cox, Endler y Swinson, 1995 a y b). Asimismo, los estudios científicos han arrojado datos que apoyan la hipótesis de que los ataques de pánico empiezan entre los 20 y los 30 años y casi siempre son disparados por eventos cotidianos extremadamente estresantes (Angst y Vollrath, 1991; Faravelli, Pallanti, Biondi, Paterniti, y Scarpatò, 1992).

Otros investigadores han observado que las personas con trastorno de pánico son hiper hábiles para detectar su ritmo cardíaco, tienden a cambiar su atención hacia las señales físicas amenazantes y evalúan subjetivamente, como extremo peligrosos, sus síntomas corporales asociados a la ansiedad o pánico, especialmente cuando creen que los cambios van a ocurrir (Beck, Berisford, Taegtmeier y Bennet, 1990; Ehlers, Margraf, Roth, Taylor y Birbaumer, 1988; Ehlers y Breuer, 1992; Ehlers, 1993; Yeragani, Bacón, Pohl, Armes, Weinberg y Merlos, 1990; Cox y Swinson, 1994; Bengt y Öst, 1995;).

El pánico parece disminuir con la edad sin importar el género, y desaparecer abruptamente a partir de los 54 años en mujeres y de los 65 en los hombres, de acuerdo con lo sustentado por Krystal, Leaf, Bruce, y Charney, (1992). Se estima

que el riesgo de suicidio en sujetos con pánico es aproximadamente del 2.6% (Woodruff-Borden, Stanley, Lister, y Tabacchi, 1997).

McNally, Riemann, y Kim, (1990), McNally, Riemann, Luoro, Lukach, y Kim, (1992), Cox Endler, Swinson y Norton (1992) y McNally, (1995) han encontrado que los pacientes con trastorno de pánico se caracterizan por presentar sesgos, involuntarios e inconscientes, en el procesamiento selectivo de la información relacionada con las señales de peligro, por lo que el sesgo aumenta la probabilidad de que se presenten en la memoria activa pensamientos relacionados con la amenaza. Beck y Clark (1997) concuerdan en que se debe dar atención a los paradigmas de procesamiento de la información para con ellos tratar de entender las bases cognitivas de la ansiedad, ya que estos modelos en esencia sostienen que el tipo de información y la manera en que se procesa son factores básicos en la etiología, mantenimiento y tratamiento de los trastornos de ansiedad.

Cox, Norton, Swinson, y Endler, (1990), Cristal, Leaf, Bruce y Charney (1992) observaron que hay ataques de pánico relacionados con alcoholismo y drogas (cocaína). Aparentemente ocurre primero el abuso de alcohol y luego el trastorno de ansiedad, aunque en el caso de la cocaína, ésta dispara el ataque de pánico. Al respecto, Schuckit y Hesselbrock (1994) evaluaron la literatura que estudió la relación entre la dependencia alcohólica y los trastornos de ansiedad encontrando que dos de tres alcohólicos, de acuerdo con datos incluidos en los informes científicos, cumplen los criterios de diagnóstico de algún trastorno psiquiátrico. En el caso de referir algún diagnóstico, las publicaciones citan trastornos de personalidad antisocial y de dependencia a otras drogas en tanto que los niveles de ansiedad y depresión no son significativos, pero sí más altos que lo que sería por simple azar. Finalmente señalan que, en general, la literatura concuerda en que primero aparecen los síndromes alcohólicos y posteriormente la ansiedad; ésta a su vez, presenta altos niveles dentro de las dos primeras semanas

de abstinencia o retiro agudo. Por su parte, investigadores como Rascón, Medina-Mora, Juárez, Caraveo, Gómez y Villatoro (1994), entrevistaron a 2005 adultos de entre 18 y 65 años de edad mediante cuestionarios estandarizados para averiguar la relación existente entre los trastornos de ansiedad y el alcoholismo, encontrando que la relación entre ambos trastornos es del 1.5%.

Otros estudios parecen mostrar que en la agorafobia y la fobia social el consumo de alcohol es el resultado de la automedicación (Kushner, Sher, y Beitman, 1990). Otros como, Norton, Rockman, Luy, y Marion, (1993), han encontrado relación con suicidio y abuso de sustancias químicas especialmente en las mujeres.

Por su parte, Sherbourne, Wells y Judd (1996) evaluaron la calidad de vida de sujetos con trastorno de pánico con la de pacientes psiquiátricos crónicos de consulta externa y concluyen que el trastorno de pánico es un problema de salud que afecta de manera importante las esferas social y personal del individuo pero no tiene el mismo deterioro en la calidad de vida que el causado por una enfermedad crónica.

*Por otra parte, un estudio cuyo objetivo fue el determinar la prevalencia de problemas de salud mental (Caraveo-Anduaga, Medina-Mora, Rascón, Villatoro, Martínez-Vélez y Gómez, 1996) empleando una muestra probabilística de representación nacional con un total de 1894 adultos de entre 18 y 64 años de edad, encontró que la prevalencia global de trastornos mentales es del 16.7%. Asimismo encontraron los índices correspondientes a los trastornos severos no afectivos, a los trastornos afectivos menores y a los de ansiedad. En el caso particular de los trastornos de ansiedad, los porcentajes encontrados fueron para el rango de 18-24 años, 1.1% hombres y 1.8% mujeres. Para el rango de 25-44 años, 0.3% hombres y 0.9% mujeres y para el rango 45-64 años, 0% hombres, 0.6% mujeres. Cabe señalar que los citados autores aclaran que en sentido*

estricto las frecuencias no corresponden al trastorno de ansiedad. A diferencia del estudio anterior, Berenson, Medina- Mora, López y González (1998) encuestaron a 1156 personas en cuatro comunidades del sur de la ciudad de México con la sección de trastornos fóbicos, la sección de trastornos depresivos y la sección de trastorno afectivo bipolar de la entrevista estructurada "CIDI" (Composite International Diagnostic Interview); validada internacionalmente por Wittchen, Robins, Cottler, Sartorius, Burke y Regier (1991). Sus resultados mostraron que el 10.5% de los entrevistados padecía algún trastorno fóbico, el 5.7% trastornos depresivos y menos del 2% trastorno de angustia.

Por otra parte, Medina-Mora, Berenson, López, Solís, Caballero y González (1997) con el objeto de saber qué tanto las personas de escasos recursos hacen uso de los servicios de salud, entrevistaron a 1486 personas quienes respondieron tanto al Instrumento de utilización de Servicios de Salud como a las secciones de fobias y otros trastornos de ansiedad de la entrevista estructurada CIDI. Entre sus resultados encontraron que el 75% de los hombres y el 59% de las mujeres cumplieron los criterios para trastorno de ansiedad, mientras que para trastornos fóbicos cumplieron el criterio 30% de los hombres y el 23% de las mujeres. En cuanto al tipo de servicio utilizado las personas dijeron asistir en primer lugar al médico general o en su defecto al psicólogo, ministro religioso, o al psiquiatra; uno de cada diez visita curanderos o santeros.

De esta manera, la literatura de investigación sobre las condiciones que contribuyen al desarrollo de los ataques de pánico en el ser humano, muestra la participación de variables de diversa naturaleza y nivel en su génesis, al tiempo que, como se analizará en el apartado de modelos teóricos, el sistema de respuesta cognoscitivo se manifiesta en situaciones de ansiedad bajo la forma de pensamientos y afectos negativos tales como la preocupación, el miedo, el estrés, las ideas irracionales o la sensación de no poder controlar la situación.

## MODELOS TEÓRICOS

Aunque no siempre es factible clasificar la literatura científica, la integración de los trabajos de investigación se hará, con un propósito estrictamente didáctico, dentro de dos grandes áreas: bio-farmacológica o psicológica.

### Enfoque Bio-farmacológico

La concepción general dentro de este modelo considera al pánico como un “síndrome psiquiátrico discreto”, que surge de una enfermedad neuroquímica heredada. Autores como Charney, Woods, Krystal, Nagy, y Heninger, (1992) sugieren que hay relación entre el incremento del funcionamiento noradrenérgico neuronal y los estados de miedo y ansiedad.

De acuerdo con Katerndahl (1990) hay siete modelos patofisiológicos del pánico: 1) anormalidad en el metabolismo del lactato; es el modelo más antiguo; 2) modelo hipoglucémico que a su vez se subdivide en síntomas hipoglucémicos clásicos o “secuencia parasimpático/simpático”; 3) modelo de disfunción autónoma (el más aceptado), se divide en los submodelos norepinefrina o “secuencia parasimpático/simpático”; 4) modelo de hiperventilación con seis subdivisiones, síntomas clásicos de hiperventilación, racimos de síntomas de hiperventilación, hipocalcemia, alcalosis, secuencia de síntomas periférico/central e hiperventilación secundaria; 5) modelo del mecanismo serotonérgico; 6) modelo de endorfinas, como posible mediador; y 7) modelo de prostaglandinas, también como posible mediador.

La investigación farmacológica en esta área, de acuerdo con McNally (1990) ha mostrado que el antidepresivo tricíclico *imipramina* bloquea los ataques de pánico, al igual que las benzodiazepinas.



La utilidad de los antidepresivos y el alprazolam, está sólidamente fundamentada en los resultados de varios estudios realizados a nivel nacional en los E.U. por un grupo de investigadores (Mellergard y Rosenberg, 1990; Mellergard, Lorentzen Bech, Ottosson y Rosenberg, 1991; Rosenberg, Bech, Mellergard y Ottosson, 1991; Rosenberg, Mellergard, Rosenberg, Bech y Ottosson, 1991; Rosenberg, Ottosson, Bech, Mellergard y Rosenberg, 1991; y Rosenberg, Mellergard, Rosenberg, Bech y Ottosson, 1991) quienes confirmaron la utilidad del alprazolam y la imipramina sobre el placebo. Además de comprobar que los pacientes sufren cambios provocados por la administración de alprazolam e imipramina y que la tendencia del cambio en los síntomas puede ser utilizada como predictor de respuesta terapéutica. Confirman este último hallazgo los resultados de Albus, Lecubrier, Maier, Buller, Rosenberg, e Hippus (1990), los de Andersch, Rosenberg, Kullingsjö, Ottosson, Bech y Brun-Hansen (1991) y los de Klein, Zinder, Colin, Zilberman, Levy, Greenberg y Lenox (1995), quienes observaron que en la medida que hay una rápida mejora del número de síntomas durante la primera semana se pueden predecir mejores resultados con el alprazolam, en tanto que para la imipramina se requiere de dos semanas para poder llegar a estimaciones sobre el beneficio terapéutico. En México, Berlanga, Canneti, Chávez, de la Fuente, Lara, León, Nicolini, Ontiveros, Ortega y Sepúlveda (1991) participaron en un estudio colaborativo nacional sobre pánico realizado con el objetivo de comparar la eficacia y la seguridad del alprazolam y de la imipramina en pacientes externos con crisis de angustia y manifestaciones fóbicas. En el estudio participaron 70 sujetos con diagnósticos de crisis de angustia según el DSM-II, asignados a uno de tres grupos (impramina, alprazolam y control). El tratamiento se programó para ocho semanas. Los resultados fueron similares a los del estudio colaborativo nacional en el sentido de que ambos medicamentos fueron más efectivos que el placebo a lo largo de ocho semanas. El alprazolam

fue mejor aceptado por los pacientes y su eficacia inicial fue más rápida, pero al finalizar el estudio la imipramina mostró tener la misma eficacia. Otros medicamentos que pueden ayudar al beneficio terapéutico son la carbamazepina administrada después del retiro del alprazolam y la paroxetina administrada durante doce semanas, (Klein, Colin, Stolk y Lenox, 1994; Berlanga, 1996; y Lecrubier y Judge, 1997).

Otros hallazgos a los que se ha llegado desde la óptica bio-farmacológica son que los pacientes con trastorno de pánico exhiben mayor activación cardiovascular, mayores niveles de actividad electromiográfica (Hoehn-Saric, McLeod, y Zimmerli, 1991; Barsky, Cleary, Sarnie, y Ruskin, 1994; Lara, Ontiveros, Berlanga y de la Fuente, 1998) y que hay mayores concentraciones nocturnas de plasma en pacientes con trastorno de pánico cuando no toman medicamento que cuando sí lo toman (McIntyre, Judd, Burrows, Armstrong y Norman, 1990). Además, los resultados de las investigaciones señalan que la presión y el plasma sanguíneo cambian con la recuperación inducida por el tratamiento con imipramina o terapia cognitiva (Middleton y Ashby, 1995). Se puede distinguir a los sujetos con trastorno de pánico de los que tienen otros trastornos de ansiedad registrando la actividad electrodérmica que se caracteriza por fluctuaciones altas y espontáneas de la resistencia de la piel (Birket-Smith, Hasle y Jensen, 1993).

Por otra parte, diversos estudios dentro del marco de la Teoría de la Hiperventilación han demostrado que las personas que sufren ataques de pánico tienen una fuerte tendencia a respirar en exageración (Salkovskis, Warwick, Clark, y Wessels 1986) y que dicho proceso aunado al miedo forma un círculo que realiza las respuestas emocionales (Ley, 1985, 1987, 1988, 1992, a, b; Rapee, 1985; Margraf, 1993; Schmidt y Telch, 1994).

Los efectos de la hiperventilación se han evaluado en grupos de sujetos normales y en personas con algún diagnóstico de trastorno de ansiedad (Van de

Hout, De Jong, Zandbergen y Merckelbach, 1990), confirmando en todos los casos que hay mayores niveles de hiperventilación y respuestas somáticas en los pacientes con trastorno de pánico. También se ha demostrado que las personas que padecen trastorno de pánico presentan patrones nocturnos de respiración e irregularidades respiratorias en los momentos en que no se manifiestan los ataques (Stein, Millar, Larsen y Kryger, 1995).

Por último, Gorman, Leibowitz, Fryer y Stein (1989) proponen un modelo neuroanatómico integral que busca combinar el punto de vista biológico y el conductual, a fin de generar información que explique la naturaleza del trastorno y las diversas formas de tratamiento. El modelo consta de tres componentes: a) ataques de pánico agudos, b) ansiedad anticipatoria y c) evitación fóbica, mismos que surgirían de la activación en: a) el tallo cerebral; b) el lóbulo límbico y c) la corteza prefrontal, respectivamente. De acuerdo con estos autores, la inervación recíproca de los núcleos de estos tres centros, explicaría la génesis del trastorno y sus fluctuaciones químicas en el tiempo.

### Enfoque Psicológico

Sostiene que la etiología de los ataques de pánico se puede explicar con base en la Teoría del Aprendizaje y la Psicología Cognoscitiva. En este marco, las hipótesis estudiadas sobre este trastorno son: la teoría de la adquisición de miedos, la interpretación catastrófica y la de la sensibilidad a la ansiedad.

La **Teoría de la adquisición de Miedos** trata de explicar los orígenes de los ataques de pánico, proponiendo que los miedos se adquieren mediante condicionamiento clásico (Rachman, 1977; Rachman, 1987; Rachman, Levitty y Lopatka, 1988; Rachman, Lopatka y Levitty 1988).

Desde esta perspectiva, Rachman (1994) realizó una revisión crítica de los estudios efectuados y concluye con los siguientes argumentos en contra de la

aceptación de la teoría: 1) La gente no necesariamente adquiere miedos en situaciones que supuestamente los evocan, 2) En humanos es difícil producir reacciones de miedo condicionadas en situaciones de laboratorio, 3) En humanos la distribución de miedos no es consistente con la teoría, 4) Muchos pacientes fóbicos describen historias inconsistentes con la teoría y 5) Los miedos se pueden adquirir indirectamente, lo cual se opone a lo supuesto por la teoría del condicionamiento. Concluye que los miedos se pueden adquirir a través de tres mecanismos: condicionamiento, exposiciones vicarias y por la transmisión de conceptos o de instrucciones. Apoyan lo anterior Schmidt, Jacquin y Telch, (1994) y Van Hout y Emmelkamp, (1994).

Davey, De Jong y Tallis (1993) postulan, con base en el condicionamiento interoceptivo de Razran, que los ataques de pánico ocurren como una respuesta emocional incondicionada a conflicto prolongado o estrés. Dado que ocurren impredeciblemente, los estímulos contiguos más consistentes son interoceptivos y la ansiedad se condiciona a estas señales internas, además de que también ocurren condicionamientos de segundo orden.

Reiss (1988) analizó críticamente los argumentos anteriores, observando que la Teoría de Condicionamiento Interoceptivo carece de detalles y no dispone de suficiente evidencia que la apoye, por lo que con anterioridad (Reiss, 1980) había propuesto el modelo teórico de la expectancia como una alternativa al modelo Pavloviano de la contigüidad. Este autor, sostiene que lo que se aprende en el condicionamiento Pavloviano es una expectativa en relación a la ocurrencia o no ocurrencia del estímulo incondicionado. El proceso de expectativa actúa como mediador y se puede volver un educidor de las respuestas condicionadas, de los informes verbales, de los estímulos condicionado e incondicionado y de la conducta instrumental.

En otro análisis de la bibliografía, McNally (1987) concluye que una cantidad importante de investigaciones sugiere que la diferencia entre los miedos condicionados en situaciones de laboratorio y las fobias puede explicarse con la teoría de la preparación, (*preparedness*) de Seligman la cual propone que el hecho de que una persona conozca la posibilidad controlada de ocurrencia, o pueda predecir la inminencia de una experiencia angustiante, puede reducir el efecto de dicha experiencia a través de “preparar” al sujeto para afrontarla.

Dado que en un principio las investigaciones sobre los ataques de pánico se basaban en un enfoque biológico, Clark (1986) desarrolló un modelo cognoscitivo que propone que los ataques de pánico resultan de una **Interpretación Catastrófica** de sensaciones corporales relacionadas con respuestas normales de angustia. Por lo anterior, Clark, (1986) no sólo enfatiza los factores cognoscitivos, sino que propone que los ataques de pánico resultan de la interpretación catastrófica de las sensaciones somáticas. Particularmente las implicadas en las respuestas normales de ansiedad. Sostiene que las sensaciones son percibidas como peligrosas e indicadores de una catástrofe inminente. El proceso puede ser provocado tanto por señales externas como internas.

Si los estímulos se perciben como amenaza, el individuo se torna aprensivo. Por lo anterior, las sensaciones relacionadas con la ansiedad son el “combustible” para la interpretación catastrófica que culmina en un ataque de pánico (Antony, Brown y Barlow, 1992; Clark, 1993; Salkovski y Clark, 1993; Hedley, Hoffar, Dammen, Ekeberg y Fris, 2000; Austin y Richards, 2001).

Gross y Eifert (1990) exploraron los posibles mecanismos involucrados en el mantenimiento de la ansiedad crónica generalizada. Estudiaron el efecto de la “autoconciencia”, la sensibilidad a la ansiedad, los errores de afrontamiento y la preocupación versus pensamientos intrusivos en 162 estudiantes a quienes aplicaron la Escala de Autoconciencia (Self-Consciousness Scale) la Escala de

Sensibilidad a la Ansiedad, el Cuestionario de Ansiedad Generalizada (Generalized Anxiety Questionnaire) y la Forma de Procesos de Ansiedad (Anxiety Processes Forma). Encontraron que, al parecer, los pensamientos intrusivos mantienen la ansiedad generalizada y se diferencian claramente de la preocupación. De acuerdo con estos resultados, preocuparse de eventos menores sería característico de la ansiedad generalizada; mientras que preocuparse de eventos mayores lo sería del pánico. Concluyen que la intromisión de pensamientos desagradables es importante en el mantenimiento de los trastornos de pánico, al igual que en la ansiedad generalizada.

Para Mathews, (1990) el fenómeno de la preocupación surge de procesos cognoscitivos implícitos en la ansiedad que sirven para mantener altos niveles de vigilancia hacia el daño personal, por lo que los sujetos ansiosos no sólo atienden selectivamente a la información amenazante sino que también interpretan los eventos ambiguos como amenazantes.

Un punto de vista cercanamente relacionado con el anterior es el de Donnell y McNally (1989, 1990) respecto a que existe una sensibilidad a la ansiedad que puede transmitirse por información verbal incorrecta. Así, las creencias preexistentes acerca de lo dañino de los síntomas de ansiedad podrían constituir factores cognoscitivos de riesgo para el desarrollo de los ataques de pánico, ya que las personas con esa sensibilidad tendrían mayor probabilidad de interpretar catastróficamente ciertas sensaciones corporales. Es decir, las personas que sufren ataques de pánico se atemorizan al interpretar catastróficamente sus sensaciones corporales, produciendo una intensificación de las reacciones a las que temen. Por lo anterior, en el pánico las sensaciones corporales juegan un papel importante como disparadoras de ansiedad (Pauli, Marquard, Harti, Nutzinger, Hölzl y Strian 1991; Beitman Thomas y Kushner, 1992). Asimismo, McNally, Hornig y Donnell (1995) después de comparar las respuestas de sujetos que experimentan ataques de

pánico poco frecuente con las de un grupo diagnosticado con el trastorno encontraron que había tres síntomas cognoscitivos que permiten discriminar entre ambos grupos (miedo a morir, ataque cardíaco y pérdida de control). Igualmente, Kenardy, Evans y Oei (1998) concluyen que las cogniciones son importantes en la evaluación integral del pánico.

En síntesis, de acuerdo con Beck, Brown, Steer, Eidelson, Riskind (1987) el modelo cognoscitivo psicopatológico estipula que cada trastorno neurótico se caracteriza por la presencia de un contenido cognoscitivo específico para ese trastorno. Por ejemplo, la depresión gira en torno al tema de autodesprecio y actitudes negativas hacia el pasado y el futuro en tanto que en los trastornos de ansiedad gira sobre el tema del peligro, la tendencia a malinterpretar las experiencias como si fueran una amenaza física o psicosocial y a sobreestimar tanto la probabilidad como la intención de daño anticipado a situaciones futuras.

Por otra parte, la **Sensibilidad a la Ansiedad**, es un constructo basado en la suposición de que ciertos síntomas tienen consecuencias dañinas. Así, una persona con alta sensibilidad a la ansiedad, tendría mayor probabilidad de interpretar una rápida tasa cardíaca como un inminente ataque cardíaco. Otra persona con baja sensibilidad, podría interpretar los mismos síntomas como una señal relativamente benigna de estrés. Donnell y McNally (1989) realizaron un estudio con el propósito de diferenciar los ataques de pánico, que surgen de manera impredecible, de los originados por una señal externa específica. Aplicaron el Inventario de Sensibilidad a la Ansiedad (*Anxiety Sensivity Index*) a 425 estudiantes universitarios, encontrando mayor proporción de ataques en el grupo de alto nivel de ansiedad.

Otro estudio, diseñado para determinar si ocurre alta sensibilidad a la ansiedad en ausencia de una historia de ataques de pánico impredecibles, o si tales ataques son precursores de la ansiedad, utilizó la escala Índice de Sensibilidad a la

Ansiedad junto con una versión modificada del Cuestionario de Ataques de Pánico (Panic Attack Questionnaire), aplicado a 425 estudiantes, confirmando los hallazgos de otros estudios, en cuanto a que la presencia de alta sensibilidad a la ansiedad no requiere experiencia con ataques de pánico impredecibles (Donnell y McNally, 1990).

El concepto de Sensibilidad a la Ansiedad (S.A.) ha venido consolidando su lugar como una forma de explicar los ataques de pánico, por ejemplo, entre los primeros estudios realizados Holloway y McNally (1987) utilizaron la técnica de hiperventilación en estudiantes universitarios para determinar si la ansiedad rasgo es un elemento base para responder ansiosamente. Para evaluar su objetivo formaron tres grupos (puntajes altos y bajos en el ISA y uno control), posteriormente pedían a los sujetos de los grupos altos y bajos hiperventilar, en tanto que al grupo control se le relajaba con el apoyo de una cinta de audio. Sus resultados mostraron que el grupo con alta sensibilidad reportó mayor ansiedad y mayor frecuencia de sensaciones físicas después de la hiperventilación que los otros dos grupos. Con ello concluyen que el miedo a la ansiedad actúa como amplificador de las respuestas de ansiedad; en especial ante pruebas fisiológicas en condiciones de laboratorio.

Posteriormente, Reiss, Peterson y Gursky (1988) con el propósito de evaluar la relación entre la S.A. y otros miedos, realizaron un análisis factorial del ISA junto con los del FSS-II (Fear Survey Schedule-II). El análisis estadístico arrojó tres factores: miedo al rechazo/críticas; miedo a las heridas/enfermedad/muerte; y miedo a la ansiedad. Concluyen que el ISA forma su propio factor, por lo cual era diferente de otros constructos. Los trabajos de Donnell y McNally (1989;1990) apoyan las conclusiones anteriores.

Sin embargo, Lilienfeld, Jacob y Turner (1989) y Lilienfeld, Turner y Jacob (1993) pusieron en duda las conclusiones de los estudios que pretendían demostrar



la existencia del constructo S.A., al aseverar que el ISA no evalúa el miedo a la ansiedad sino ansiedad rasgo. En consecuencia después del análisis crítico realizado propusieron el uso de modelos de factores jerárquicos como un medio para tratar de clarificar la existencia de traslapamiento entre la S.A. y la ansiedad rasgo. De acuerdo con estos mismos autores, la S. A. puede ser entendida como un rasgo de orden inferior que se anida jerárquicamente dentro de una dimensión de orden superior de ansiedad rasgo y que covaria con otros rasgos que forman otra dimensión de orden superior de emocionalidad negativa, como lo ilustra el siguiente cuadro.

Factor de Cuarto Orden	Emocionalidad Negativa							
Factor de Tercer Orden	Agresión	Enajenación	Ansiedad Rasgo					
Factor de Segundo Orden			Sensibilidad heridas	Sensibilidad Evaluación Social	Sensibilidad Ansiedad			
Factor de Primer Orden					S. F.	I. M.	Pe. C.	Pa. C.

S.F. = Sensaciones Físicas

I.M. = Incapacidad Mental

Pe.C. Pérdida de Control

Pa.C. = Paro Cardíaco

Las investigaciones que se realizaron después de la revisión crítica de Lilienfeld et al. (1993) con el objeto de depurar la validez de este constructo (Cox, Endler, y Swinson, 1995 a, b; Taylor, 1995, Sthephenon, Marchand, Lavallée y Brillon, 1996; Sandín, Chorot y McNally, 1996 y Taylor y Cox, 1997; Sandin, Chorot, y McNally, 2001), encontraron evidencia que permite llegar a las siguientes conclusiones:

- La S.A. es multifactorial a nivel de factores de primer orden y éstos cargan en uno solo de segundo orden . Con lo cual se confirma el modelo jerárquico propuesto por Lilienfeld et al. (1993)
- La S.A. se encuentra en niveles mayores en sujetos con trastornos de ansiedad que en sujetos normales. Hay mayor incidencia de ataque de pánico en sujetos que responden al ISA con mayores puntajes de sensibilidad.
- Aunque falta confirmación definitiva, la S.A. es diferente de los llamados “miedos fundamentales.”
- La S.A. juega un rol causal en los ataques y el trastorno de pánico.
- La S.A. y la ansiedad rasgo se encuentran relacionadas por una estructura jerárquica.

Para terminar esta sección es importante señalar que Rapee (1993), Margraf, (1993), y Stewart, Taylor, Jang, Cox, Watt, Fedoroff y Borger, (2001) propusieron modelos teóricos que coinciden con algunos de los ya descritos en el sentido de que existe una clara relación entre las sensaciones corporales percibidas, los cambios cognoscitivos y la percepción de peligro inminente.

## **MEDICIÓN**

Dada la tradición cuantitativa en psicología, la medición de la sensibilidad a la ansiedad y de los ataques de pánico se ha realizado con instrumentos de autoinforme. Por lo anterior, autores como Chambles, Caputo, Bright y Gallaher (1984) desarrollaron dos instrumentos de medición, el Agoraphobic Cognitions Questionnaire y el Body Sensations Questionnaire, para contar con herramientas que permitieran obtener datos objetivos del rol que juega dentro de la agorafobia el

ataque del pánico y el miedo a su ocurrencia, o lo que se le ha dado en llamar “miedo al miedo” o “segundo miedo”.

Un instrumento creado para la medición de los ataques de pánico es el “Panic Associated Symptoms Scale (Argyle, Delito, Allerup, Maier, Albus, Nutzinger, Rasmussen, Ayuso y Bech, 1991). Su propósito es medir la severidad de los síntomas esenciales del trastorno de pánico. Los reactivos evalúan elementos de los ataques de pánico, ansiedad anticipatoria, ansiedad y evitación fóbica. Los valores psicométricos de la escala obtenidos en una muestra de 1168 pacientes fueron, alfa de Cronbach =0.88 y confiabilidad test retest,  $r=0.78$ . Es importante hacer notar que los autores indican que no se trata de una escala diagnóstica.

El “**Índice de Sensibilidad a la Ansiedad**” (ISA), es una escala autoadministrable que consta de 16 reactivos que miden el miedo a la ansiedad; considerado como la principal variable de la conducta fóbica (Reiss, Peterson, Gursky y McNally, 1986). Cada reactivo expresa algún tipo de preocupación sobre las posibles consecuencias aversivas de los síntomas de ansiedad. Los reactivos se diseñaron con base en una escala tipo Likert de cinco puntos (0= nada en absoluto, a 4= muchísimo); mismos que dan calificaciones en un rango de 0 al 64. La media normativa es de 17.8 (Desviación Estándar = 8.8). Cuenta con una correlación test retest  $r=0.75$ . Se sabe que no hay diferencias de respuestas entre sexos y se describe como una medida distinta a la ansiedad rasgo.

De acuerdo con los hallazgos de Sandín et al. (1996), la sensibilidad a la ansiedad es un constructo disposicional que es conceptual y empíricamente distinto a la ansiedad rasgo. Denota la tendencia a responder de manera temerosa a los estresores en general. Constituye un constructo unitario; es decir, una dimensión de personalidad unifactorial más fuertemente asociada con el trastorno de pánico que con el resto de los trastornos de ansiedad. Predice la varianza de la conducta

de miedo y la frecuencia de los ataques de pánico mucho mejor de lo que lo hacen las medidas de ansiedad rasgo.

Por último, hay abundante evidencia que apoya la validez de constructo del ISA (por ejemplo: Donnell y Mc Nally, 1989;1990; Reiss, et al.1986; Reiss, 1988). Incluso cuenta con validez transcultural según los resultados de una versión castellana realizada por Sandín, et al. (1996) y los de una versión franco-canadiense elaborada por Sthephenson, et al. (1996).

Otro instrumento de medición es el **Cuestionario de Ataques de Pánico (CAP)** desarrollado por Norton et al. (1986). Evalúa la ocurrencia de ataques de pánico en población general. Sondea si los sujetos han experimentado o no un ataque de pánico. En caso de que sí lo hayan experimentado, les pide calificar la severidad de los síntomas experimentados de acuerdo a lo solicitado en una escala tipo Likert de cinco puntos.

Este cuestionario se divide en cuatro secciones. La primera recaba información socio demográfica. La segunda describe los ataques de pánico en base al DSM con preguntas que miden el número de ataques experimentados durante el último año; el número de ataques durante las tres últimas semanas, si ha ocurrido con más frecuencia en el pasado; el tiempo de ocurrencia; y si la persona evita asistir a lugares debido a éstos.

La tercera sección solicita a quienes reportaron haber experimentado ataques de pánico, indicar en cuáles de 23 situaciones específicas, los experimentaron. Por último, la sección cuarta pide calificar el tiempo transcurrido desde el inicio de los ataques así como el momento en que es más severo; igualmente recaba información acerca del porcentaje de ataques de rápido inicio y la duración promedio de los ataques.

Hasta este punto de la revisión de los trabajos científicos se han citado muchos que apoyan los hallazgos sobre los ataques de pánico, sin embargo, resulta

interesante la observación de Keedwell y Snaith (1996) quienes sostienen que el progreso en el estudio y entendimiento de la ansiedad, en buena medida depende del uso de instrumentos psicométricos precisos. Dichos autores, aseveran que los investigadores han utilizado los instrumentos psicométricos comúnmente citados en los artículos científicos, sin evaluar cuidadosamente su validez, confiabilidad y medición de constructo. Afirman que sólo unas cuantas escalas intentan medir todos los componentes de la ansiedad mientras que la mayoría de ellas hacen énfasis en uno u otro aspecto. Según estos autores, los resultados serían cuestionables ya que aparentemente no se siguen las recomendaciones internacionalmente aceptadas para la construcción, traducción y/o adaptación de instrumentos psicométricos (Geisinger, 1994; Nunally y Berstein, 1995; Aiken, 1996).

## **COMORBILIDAD**

Existe consenso entre los investigadores en el sentido de que los trastornos de ansiedad tienen entre el 30 % y 50 % de comorbilidad con los trastornos depresivos (George, Nutt, Dwyer y Linnoila, 1990; Argyle et al., 1991; Beck y Zebb, 1994; Brown, Choritpa, Krotitsch y Barlow, 1997; Cox, Enns, Walker, Kjernisted y Pidlubny, 2001). Aunque aún se desconoce la naturaleza del traslape entre ambos constructos, Rosenberg, et al. (1991) postulan la hipótesis de que la depresión secundaria es un indicador de severidad del trastorno de pánico.

## **TRATAMIENTO**

La literatura relacionada con el tratamiento de los trastornos de ansiedad cuenta con una gran cantidad de experimentos controlados que evalúan la eficacia de las técnicas conductuales, cognoscitivas y cognoscitivo conductuales para la

reducción o eliminación de los síntomas de dichos trastornos (Glasgow y Rosen, 1978; Hecker y Torpe, 1992; Hegel, Ravaris y Ahles, 1994).

Por ejemplo, Rapee (1985) informa de un caso de trastorno de pánico tratado con entrenamiento respiratorio durante tres sesiones, mientras que Clark, Salvkovskis y Chalkley (1985) también encontraron resultados exitosos al tratar a 18 pacientes con ejercicios de hiperventilación voluntaria y control respiratorio.

Además de la hiperventilación, la ansiedad es otro de los componentes que se ha incluido en experimentos controlados con el propósito de lograr su reducción. Al respecto, Öst, (1983), desarrolló la relajación aplicada para el tratamiento de los ataques de pánico como una versión modificada del sistema clásico de relajación progresiva cuya meta última consiste en enseñar a los sujetos a lograr la relajación en un tiempo de 20 a 30 segundos para utilizarla como herramienta para combatir y eliminar las reacciones fisiológicas. Este mismo autor (Öst, 1988) en una muestra de 18 sujetos con trastorno de pánico encontró que después de 14 sesiones semanales de tratamiento la relajación aplicada era más efectiva que la relajación progresiva; pero igualmente efectiva que la terapia cognoscitiva (Öst y Westling, 1995). Sin embargo, aunque los entrenamientos en relajación han sido efectivos para el tratamiento de la ansiedad, Wells (1990) informa que las estadísticas señalan que un 17% de los sujetos bajo entrenamiento en relajación llegan a experimentar ansiedad inducida por la misma. Por ello, propone el uso de la focalización externa para evitar la ansiedad.

Investigadores como Barlow, Craske, Cerney y Klosko, (1989); Telch, Lucas, Schmidt, Hanna, Jaimez y Lucas, (1993); Telch, Schmidt, Jaimez, Jacquin y Harrington, (1995); Ollendick, (1995) y Rief, Trenkamp, Auer y Fitcher, (2000) encontraron que el uso combinado de la exposición a situaciones somáticas y terapia cognoscitiva era efectivo para la reducción de los ataques de pánico. En tanto que Salkovskis, Clark y Hackmann (1991) utilizaron con efectividad la

terapia cognoscitiva para eliminar los ataques de pánico en siete sujetos durante siete sesiones de dos y media hora de terapia individual; confirman lo anterior Chambles y Gillis, (1993).

Keijsers, Hoogduin, y Schaap (1994) elaboraron y probaron la efectividad de un programa conductual de tratamiento con exposición graduada estandarizado (dos sesiones de relajación, dos sesiones de exposición interoceptiva y ocho sesiones de exposición graduada en vivo). Incluso en salas de urgencias de hospitales, el uso de instrucciones de exposición graduada para eliminar los ataques de pánico ha resultado útil de acuerdo con un informe de Swinson, Soulios, Cox y Kuch (1992), quienes aplicaron dicha técnica a 32 pacientes.

Cautela (1994) con el propósito de enseñar a las personas a reducir la ansiedad creó el "Anxiety Meter" ( el dibujo de un termómetro con una palanca señaladora movible que los sujetos utilizan en imaginación para indicar el nivel de ansiedad). El procedimiento terapéutico consiste en utilizar simultáneamente la triada de autocontrol y el termómetro para posteriormente utilizarlo sólo. De acuerdo con Cautela, este procedimiento le da a los sujetos sensación de control y es muy útil para la agorafobia y el trastorno de pánico.

Un artículo que realizó un meta análisis del tratamiento de pánico con y sin agorafobia es el de Van Balkom, Bakker, Spinhoven, Blaauw, Smeenk y Ruesnik (1997). Dichos autores después de revisar la literatura comprendida entre 1964 y 1995 y de evaluar la eficacia del manejo del pánico en un total de 106 investigaciones, concluyen que las benzodiacepinas, los antidepresivos y la exposición en vivo son efectivas para el tratamiento del pánico, cuando se emplean de manera independiente. En tanto que de manera combinada, son efectivos los antidepresivos más exposición en vivo y terapia psicológica más exposición en vivo. Otros estudios que apoyan el uso combinado de fármacos y terapia psicológica son los de Zinbarg, Barlow, Brown y Hertz (1992), Hegel, Ravaris, y

Ahles (1994), Bruce, Spiegel, Gregg y Nuzzarello (1995) y Whittal, Otto y Hong (2001) quienes encontraron que es útil iniciar con medicamento en dosis suficiente para eliminar los síntomas fisiológicos en combinación con un protocolo terapéutico de doce sesiones que consiste en: educación sobre el trastorno, entrenamiento en respiración diafragmática, relajación muscular progresiva, reestructuración cognoscitiva y exposición sistemática a sensaciones interoceptivas asociadas con el pánico.

Es importante señalar que Brown y Barlow, (1995) con base en la experiencia de un estudio de seguimiento después de 24 meses de tratamiento, recomiendan utilizar mediciones de patrones de respuesta y frecuencia del pánico además de las medidas transeccionales ya que éstas pueden omitir información relevante.

Otra área de interés desde la perspectiva del tratamiento (Huppert, Bufka, Barlow, Gorman, Shear y Scott, 2001), ha sido averiguar la influencia del contacto terapeuta-paciente. Coté, Gauthier, Laberge, Cormier y Plamondon (1994) encontraron que resulta efectiva la terapia en la que se emplea un manual para el cliente, siete entrevistas personales con el terapeuta y ocho consultas telefónicas. Gould y Clum (1995) apoyan el uso de contacto mínimo con el terapeuta al observar que 21 mujeres con trastorno de pánico se beneficiaron de la lectura de un libro de autoayuda y de un video con información general sobre pánico, instrucciones de respiración diafragmática y relajación muscular progresiva. En cuanto a la interacción paciente terapeuta se encontró que ésta se desarrolla y cambia en el curso del tratamiento; conforme avanza el tratamiento el terapeuta hace menos preguntas, da más instrucciones y hace más interpretaciones, mientras que el paciente habla menos de su problema, hace más silencios, informa de más intentos por cambiar e incluso llega a tener más resistencia (Keijsers, Shaap, Hooduin y Lammers, 1995). Por último, la calidad de vida de los pacientes con



pánico se ve afectada por la evitación fóbica y por la ansiedad más que por los ataques mismos (Telch, et al.,1995)

Los informes de las publicaciones arriba descritos parecen apoyar de manera importante que se requiere una intervención multimodal que tome en cuenta los aspectos cognoscitivos, fisiológicos y conductuales (Michelson y Marchione, 1991; Thyer, 1991; Craske y Zucker, 2001). También se puede concluir que las técnicas psicológicas que ya cuentan con evidencia experimental de su efectividad son el entrenamiento en relajación muscular y relajación aplicada (Öst, 1987), el control respiratorio, la reestructuración cognoscitiva (Margraf, Barlow, Clark y Telch, 1993; Craske, Maidenberg y Bystritsky, 1995) y la exposición gradual en vivo (Clum, Clum, y Surls, 1993).

## **ESTUDIOS SOBRE FACTORES DE CRIANZA**

Una serie de investigaciones (Hernández y Sánchez, 1991; Hernández-Guzmán y Sánchez-Sosa, 1996; Hernández y Sánchez, 1997) han dirigido su atención hacia el diseño de experimentos encaminados a detectar factores de riesgo interactivos en la familia y la comunidad durante la crianza de los hijos, y al parecer arrojan evidencia sobre la etiología de los trastornos psiquiátricos. Sus trabajos cobran relevancia dentro del marco de los ataques de pánico debido a que han proporcionado datos de tipo epidemiológico de los desórdenes mentales en población aparentemente sana. Por ejemplo, Sánchez-Sosa y Hernández-Guzmán (1992) exploraron la incidencia de relaciones disfuncionales con el padre o la ausencia de éste, mediante las respuestas de 1772 alumnos de bachillerato al inventario sobre Salud Estilos de Vida y Comportamiento (SEViC). Como

resultado de sus análisis encontraron un porcentaje alto de ausencia del padre o de interacción disfuncional con él. En la muestra estudiada, el informe fue que el padre muestra interés escaso por su hijos, establece escasa o nula comunicación, golpea con frecuencia, compara negativamente y da poco o ningún afecto, apoyo o confianza. Lo anterior refuerza la importancia de la presencia de la figura paterna para favorecer el desarrollo moral, la autoestima, la identificación psicosexual, la adaptación social y el ajuste emocional de los hijos.

Como parte de la línea de investigación arriba citada, Sánchez-Sosa, Jurado-Cárdenas y Hernández-Guzmán (1992), con el objetivo el detectar variables en los patrones de crianza que predijeran el desarrollo de episodios de ansiedad severa, administraron el SEViC a 2047 adolescentes escolares. El análisis estadístico involucró específicamente las respuestas al reactivo que explora ansiedad, externa, incontrolable, repentina e invasiva. Los resultados mostraron que el reactivo “a veces siento tanta angustia o miedo que quisiera salir corriendo” correlacionó significativamente con los siguientes reactivos de crianza: órdenes ofensivas del padre, carencia de muestras de afecto entre los padres, peleas a gritos entre los padres, peleas entre los padres con violencia física, peleas de los padres frente a los hijos y amenazas de separación de los padres. Desde una perspectiva epidemiológica se llegó a la conclusión que de los 2047 sujetos aparentemente sanos, 157 experimentaron episodios de ansiedad severa lo cual representa el 7.6% de la muestra estudiada; 92 mujeres y 65 hombres. Posteriormente, Hernández-Guzmán y Sánchez-Sosa (1996) en una muestra de 1664 adolescentes corroboraron la hipótesis de que la relación padres-hijos predice ansiedad y problemas de adaptación tales como falla escolar, abuso de sustancias, quejas psicosomáticas y suicidio.

Con lo anterior termina la revisión de la literatura especializada y a continuación se describen los aspectos metodológicos del presente trabajo.

## JUSTIFICACION Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Con base en lo expuesto en la revisión de la literatura y tomando en cuenta el estado actual de las investigaciones que sobre ansiedad y ataques de pánico se han realizado en nuestro país, podemos afirmar que la *investigación psicológica* sobre ataques de pánico en México se encuentra considerablemente rezagada si se le compara con los trabajos realizados a nivel internacional. A diferencia de la investigación psicológica, la realizada desde la perspectiva psiquiátrica ha contribuido tanto en aspectos de diagnóstico, epidemiología como tratamiento farmacológico.

Por lo anterior el presente trabajo pretende sentar las bases para el establecimiento de una línea de investigación psicológica que a corto y mediano plazo permita contar con herramientas de diagnóstico, y diseñar estudios encaminados a identificar factores de riesgo que se puedan asociar con la génesis de dicho trastorno así, como a desarrollar protocolos de tratamiento psicológico enmarcados en la teoría cognoscitivo-conductual.

A largo plazo, el conocimiento sistemático de las variables participantes permitiría realizar un análisis de componentes o prácticas personales y/o familiares concretas que posibilitaría el diseño de programas educativos o de promoción de la salud cuyo objetivo sea prevenir el desarrollo, o en su defecto eliminar, las manifestaciones clínicas de los ataques de pánico.

Un problema que suelen afrontar estudios como el propuesto, es el de disponer de medidas válidas y confiables de deterioro del funcionamiento psicológico, por lo cual los primeros esfuerzos dentro de esta línea de investigación se dirigen a la construcción y/o estandarización de instrumentos psicológicos.

Por lo anterior resulta importante plantear las siguientes **PREGUNTAS DE INVESTIGACION** acerca de la génesis, sintomatología y tratamiento de los trastornos de pánico:

1. ¿Es posible, una vez validado el Cuestionario de Ataques de Pánico (CAP), evaluar la prevalencia de ataques de pánico en sujetos aparentemente normales?
2. ¿Es posible, una vez estandarizado el cuestionario Índice de Sensibilidad a la Ansiedad (ISA), determinar los rangos de sensibilidad a la ansiedad en residentes de la Ciudad de México?
3. ¿Difieren los factores y síntomas asociados a la génesis y mantenimiento de los ataques de pánico de los residentes mexicanos de los informados por la literatura internacional?
4. ¿Es posible determinar, mediante las respuestas al SEVIC de personas con diagnósticos de trastorno de ansiedad, si la muerte paterna/materna y/o el divorcio están asociados con la génesis de esos trastornos?
5. ¿Es posible desarrollar un tratamiento eficaz, evaluado metodológicamente, para el trastorno de pánico basado en técnicas cognoscitivo conductuales?

## **OBJETIVO**

El presente proyecto se integró con tres fases. Dos no experimentales y una experimental, en las que participaron residentes de la Ciudad de México para:

- 1) Construcción psicométrica de instrumentos de medición de los ataques de pánico.
- 2) Utilizar los instrumentos psicométricos para la evaluación de factores de crianza asociados con la génesis de los ataques de pánico.
- 3) Desarrollar y explorar la eficacia un tratamiento cognoscitivo conductual grupal para el trastorno de ansiedad.

Por lo anterior resulta importante plantear las siguientes **PREGUNTAS DE INVESTIGACION** acerca de la génesis, sintomatología y tratamiento de los trastornos de pánico:

1. ¿Es posible, una vez validado el Cuestionario de Ataques de Pánico (CAP), evaluar la prevalencia de ataques de pánico en sujetos aparentemente normales?
2. ¿Es posible, una vez estandarizado el cuestionario Índice de Sensibilidad a la Ansiedad (ISA), determinar los rangos de sensibilidad a la ansiedad en residentes de la Ciudad de México?
3. ¿Difieren los factores y síntomas asociados a la génesis y mantenimiento de los ataques de pánico de los residentes mexicanos de los informados por la literatura internacional?
4. ¿Es posible determinar, mediante las respuestas al SEVIC de personas con diagnósticos de trastorno de ansiedad, si la muerte paterna/materna y/o el divorcio están asociados con la génesis de esos trastornos?
5. ¿Es posible desarrollar un tratamiento eficaz, evaluado metodológicamente, para el trastorno de pánico basado en técnicas cognoscitivo conductuales?

## **OBJETIVO**

El presente proyecto se integró con tres fases. Dos no experimentales y una experimental, en las que participaron residentes de la Ciudad de México para:

- 1) Construcción psicométrica de instrumentos de medición de los ataques de pánico.
- 2) Utilizar los instrumentos psicométricos para la evaluación de factores de crianza asociados con la génesis de los ataques de pánico.
- 3) Desarrollar y explorar la eficacia un tratamiento cognoscitivo conductual grupal para el trastorno de ansiedad.

# FASE UNO

## CONSTRUCCION PSICOMETRICA DE INSTRUMENTOS DE MEDICION DE LOS ATAQUES DE PANICO

En la presente fase se realizó el análisis psicométrico necesario para la adaptación y estandarización en residentes de la Ciudad de México de los siguientes instrumentos: Índice de Sensibilidad a la Ansiedad, Cuestionario de Ataques de Pánico.

### METODO

#### POBLACION

Para la escala Índice de Sensibilidad a la Ansiedad, la población se circunscribió a personas “aparentemente sanas” que radicaran en la Ciudad de México.

Para el Cuestionario de Ataques de Pánico, la población se circunscribió a los estudiantes de licenciatura de las diferentes Facultades de la U.N.A.M.

#### SUJETOS

Para el ISA se obtuvo una muestra de 1345 jóvenes y/o adultos que sabían leer y escribir, subdividida en 690 hombres y 655 mujeres.

Para el Cuestionario de ataques de Pánico, se utilizó una muestra de 400 estudiantes de las diferentes Facultades de Ciudad Universitaria.

## **MUESTREO**

La selección de los sujetos, en el caso del ISA, se llevó a cabo mediante un muestreo no probabilístico accidental por cuota. Para el CAP se obtuvo una muestra probabilística estratificada seleccionada al azar.

## **ESCENARIO**

Casas, Escuelas, instituciones de salud, lugares de trabajo y/o de estudio en donde se encontraran voluntarios que aceptaran contestar los cuestionarios.

## **APARATOS E INSTRUMENTOS**

El cuestionario Índice de Sensibilidad a la Ansiedad y el cuestionario de Ataques de Pánico. Ambos en versión castellana. El texto de cada reactivo para cada instrumento se muestra en la sección de resultados.

1) Índice de Sensibilidad a la Ansiedad (Anxiety Sensitivity Index) desarrollado y validado en población estadounidense por Donnell y Mc Nally (1989, 1990). Este instrumento fue traducido al castellano y validado en Madrid por (Sandin, et al., 1996). Se contó con la autorización escrita del Dr. Mc Nally para utilizar la versión castellana en población de la Ciudad de México.

2) Cuestionario de ataques de Pánico (Panick Attacks Questionnaire) desarrollado y validado para población estadounidense por Norton, et al. (1986). Se contó con la autorización escrita del Dr. Norton para traducir y utilizar dicho cuestionario. Como se recordará, las principales características psicométricas de ambas escalas fueron descritas en detalle dentro del apartado referente a medición en la revisión de la literatura.

## **DEFINICION CONCEPTUAL DE VARIABLES**

Sensibilidad a la Ansiedad.- Se basa en la suposición de que ciertos síntomas tienen consecuencias dañinas. Así, una persona con alta sensibilidad a la ansiedad, tendría mayor probabilidad de interpretar una rápida tasa cardiaca como un inminente ataque cardiaco, otra persona con baja sensibilidad, podría interpretar los mismos síntomas como una señal relativamente benigna de estrés (Donnell y McNally, 1989).

Ataques de pánico.- Se caracterizan por ataques de ansiedad inesperada que comprenden síntomas tales como taquicardia, vértigo, falta de respiración, temblor y miedo a perder el autocontrol o morir (McNally, 1990).

## **DEFINICION OPERACIONAL DE VARIABLES**

La sensibilidad a la ansiedad, está representada por las respuestas que los participantes informen en el cuestionario ISA.

Los ataques de pánico, están representados por las respuestas que los participantes informen en el CAP.

## **TIPO DE ESTUDIO**

En esta etapa se trata de un estudio no experimental porque no se manipuló ninguna VI, únicamente se aplicaron los instrumentos de autoinforme con el fin de obtener datos para evaluar las características psicométricas que permitieran estimar si se obtenía confiabilidad y validez de dichos instrumentos para su utilización en población mexicana.



## **DISEÑO**

Se trata de un diseño no experimental, *expost facto*, de una sola muestra con una sola medición.

## **PROCEDIMIENTO**

### Proceso realizado con el ISA

El cuestionario de sensibilidad a la ansiedad, se utilizó tal como fue validado por Sandín y col. (1996).

Después de lo anterior, el ISA fue sometido a un estudio piloto por lo cual se aplicó a un mínimo de diez sujetos por reactivo (160 cuestionarios). Posteriormente se procedió a la aplicación de cuestionarios a dos muestras normativas hasta lograr la estandarización.

### Proceso realizado con el CAP

En primer lugar, el responsable del presente trabajo tradujo al español el cuestionario de ataques de pánico. La versión resultante fue sometida al juicio de tres psicólogos no vinculados con el proyecto quienes contaban con facilidad en la lectura del idioma inglés. La versión resultante fue revisada y corregida por dos profesores de la Facultad de Psicología con amplia experiencia en psicometría quienes hicieron observaciones y correcciones acerca de la traducción. El cuestionario se corrigió de acuerdo a sus indicaciones dando como resultado la versión final.

Una vez que se tuvo la versión corregida por los jueces y tomando en cuenta que se trata de un cuestionario de cotejo se decidió realizar una aplicación muestral en estudiantes de la Ciudad Universitaria con objeto de determinar un índice de ocurrencia del trastorno.

Para lo anterior, con base en la Agenda Estadística de la UNAM (DGESII, 1995), se identificó la existencia de 14 Escuelas y Facultades y una población de 76329 alumnos en el año 1995 (Véase Tabla 1).

TABLA 1			
CARRERA	Hombres	Mujeres	TOTAL
Ciencias Políticas	14	14	28
Ciencias	10	10	20
Arquitectura	12	12	24
Contaduría	42	42	84
Derecho	28	28	56
Economía	6	6	12
Filosofía	14	14	28
Ingeniería	26	26	32
Veterinaria	6	6	12
Medicina	12	12	24
Odontología	6	6	12
Química	10	10	20
Psicología	8	8	16
Trabajo Social	6	6	12
TOTAL	200	200	400

Con dichos datos y con la ayuda de unas tablas de cálculo de la muestra, se procedió a determinar la proporción, tanto de hombres como de mujeres, requerida por Facultad, a fin de tener una muestra representativa de la población estudiantil de la Ciudad Universitaria.

En toda ocasión, la aplicación de los cuestionarios se hizo solicitando a las personas que contestaran de acuerdo con las instrucciones incluidas en cada uno de ellos, asegurándoles además que eran anónimos y que sus respuestas serían

analizadas globalmente con fines psicométricos, nunca de manera individual. Al terminar se les agradeció su colaboración.

### **CRITERIOS DE VALIDEZ**

En el caso del ISA, para el análisis psicométrico, se excluyeron todos aquellos cuestionarios detectados con información incompleta. En el CAP se excluyeron los que se detectaron incompletos y se volvieron a aplicar hasta completar el total requerido.

## RESULTADOS

Las respuestas a todos y cada uno de los cuestionarios se codificaron y almacenaron electrónicamente en bases de datos para su análisis estadístico por computadora utilizando el paquete SPSS, para Windows.

### Resultados para el ISA

Tal como se indicó en el apartado de procedimiento, las pruebas estadísticas preliminares realizadas a la muestra piloto de 160 cuestionarios indicaron que los puntajes arrojaban valores favorables respecto a la capacidad discriminativa de los reactivos y una confiabilidad aceptable por lo cual se procedió a obtener la primer muestra normativa conformada por 1345 personas; 665 mujeres y 690 hombres (edad media = 31 años y desviación estándar = 11.28 años).

El análisis de la capacidad discriminativa de los reactivos de la muestra normativa se realizó contrastando el 25% de puntajes altos contra el 25% de puntajes bajos. Los resultados obtenidos mostraron que todos los reactivos (excepto el reactivo 5,  $p = .299$ ), obtuvieron una  $p < .000$ . Y aunque la confiabilidad por consistencia interna, de la escala total, a través del alfa de Cronbach fue muy aceptable, Alfa = .8851, en apego al rigor psicométrico y con objeto de no modificar la escala original, se procedió a revisar nuevamente la redacción del R5, sometiéndolo nuevamente a la opinión de los jueces. Una vez que se obtuvo una nueva redacción, que respetaba el sentido original, se hicieron las modificaciones en el cuestionario, y se procedió a recabar una segunda muestra normativa de 982 sujetos obteniéndose en esta ocasión un nivel discriminativo de todos los reactivos con una  $p < .000$  y un Alfa = .8740 para la escala total (Véase, Tabla 2).

TABLA 2

REACTIVO	CORRELACION CORREGIDA ITEM/TOTAL	ALFA SI EL ITEM SE SUPRIME
1.- Para mi es importante no dar la impresión de estar nervios/a	.2734	.8801
2.- Cuando no puedo mantener mi mente concentrada en una tarea, siento la preocupación de que podría estar volviéndome loco/a	.4910	.8678
3.- Me asusto cuando siento que tiemblo	.5690	.8650
4.- Me asusto cuando siento que me desmayo o me mareo	.5454	.8653
5.- Es importante para mi mantener el control de mis emociones	.3108	.8783
6.- Me asusto cuando mi corazón late de forma rápida	.6375	.8611
7.- Me resulta embarazoso o molesto cuando mi estómago hace ruidos	.4644	.8691
8.- Me asusto cuando tengo náuseas (sensaciones de vómito)	.5730	.8641
9.- Cuando noto que mi corazón esta latiendo muy deprisa, me preocupa que pueda tener un ataque cardíaco	.5917	.8633
10.- Me asusto cuando no puedo respirar hondo o respiro con dificultad	.5884	.8632
11.- Cuando me molesta el estómago, me preocupa pueda estar seriamente enfermo	.5673	.8643
12.- Me asusto cuando soy incapaz de mantener mi mente concentrada en una tarea	.5579	.8647
13.- Cuando siento que tiemblo la gente suele darse cuenta	.4494	.8693
14.- Las sensaciones corporales poco habituales (raras) me asustan	.5716	.8642
15.- Cuando estoy nervioso/a me preocupa que pueda estar mentalmente enfermo/a	.5829	.8644
16.- Me asusto cuando estoy nervioso/a	.6255	.8622

## Normas e interpretación de los puntajes

Los puntajes de la escala variaron en un rango de 0 a 61, con una media= 16.56 y una desviación estándar= 9.80. Con base en los puntajes, su media y desviación estándar, se obtuvieron los rangos percentilares a partir de los cuales se elaboró el cuadro normativo que se presenta a continuación.

* Normas de la escala ASI * para población de la Cd. De México		
Puntaje Bruto	Calificación Percentilar	Nivel de Sensibilidad
1 - 9	0.7 - .22	Mínimo
10 - 15	.26 - .52	Poco
16	.53	Medio
17 - 22	.58 - .79	Algo
23 - 66	.81 - .99	Bastante

## Resultados para el CAP

Tal como se señaló anteriormente, la muestra utilizada para este instrumento quedó integrada por 400 estudiantes de licenciatura de las diferentes Facultades de la UNAM (200 hombres y 200 mujeres). En cuanto a estado civil las proporciones fueron:

N	Porcentaje	Estado Civil
382	95.5 %	solteros
6	1.5 %	Unión libre
1	.3 %	Separado
7	1.8 %	Casados
3	.3 %	divorciados
1	.3 %	viudo

El rango de edad de los encuestados fluctuó entre los 18 y los 35 años.

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTA JE
18	24	6 %
19	52	.13 %
20	103	25.8 %
21	74	18.5 %
22	64	16 %
23	42	10 %
24	18	4.5 %
25	9	2.3 %
26	3	.8 %
27	2	.5 %
28	2	.5 %
29	3	.8 %
30	2	.5 %
32	1	.3 %
35	1	.3 %

Partiendo del hecho de que el PAQ es un cuestionario de cotejo, los resultados de las respuestas de los encuestados se presentan en porcentajes para cada reactivo del cuestionario. Por lo anterior, se transcriben las preguntas del cuestionario acompañadas del resumen de respuestas dadas por los entrevistados.

## **RESPUESTAS A LAS PREGUNTAS DEL PAQ**

1. ¿Aproximadamente cuántos ataques de pánico ha experimentado durante el último año?

N	Frecuencia	Porcentaje
324	no contestaron	82.75
25	uno	6.25
24	dos	6
9	tres	2.25
4	cuatro	1
4	cinco	1
1	seis	0.25
1	diez	0.25
1	once	0.25

2. ¿Cuántos ataques de pánico ha tenido en las últimas cuatro semanas?

N	Frecuencia	Porcentaje
353	no contestaron	88.25
2	once	0.5
3	cinco	0.75
1	cuatro	0.25
2	tres	0.5
9	dos	2.25
30	uno	7.5

3. ¿Cuál es el mayor número de ataques de pánico que ha tenido en un mes?

N	Frecuencia	Porcentaje
334	no contestaron	83.5
39	uno	9.75
13	dos	3.25
4	tres	1
1	cuatro	0.25
3	cinco	0.75
2	seis	0.5
4	once	1



4. ¿Durante cuántos meses o años (aproximadamente) ha estado experimentando ataques de pánico?

N	Frecuencia	Porcentaje
335	no contestó	83.75
57	años	14.25
8	meses	2

5. ¿Hace cuánto experimentó el peor ataque de pánico?

N	Frecuencia	Porcentaje
331	no contestó	82.75
29	años	7.25
29	meses	7.25
6	semanas	1.5
5	días	1.25

6. ¿Alguna vez ha experimentado un ataque de pánico inesperado (“sin causa conocida”)?

N	Frecuencia	Porcentaje
325	no contestó	81.25
43	Si	10.75
32	no	8

6. Si contestó afirmativamente a la pregunta 6, por favor indique la proporción de ataques de pánico inesperados que usted ha experimentado.

N	Frecuencia	Porcentaje
368	no contestó	92
6	todos	1.5
7	algunos	1.75
19	pocos	4.75

8. Si usted recuerda su primer ataque de pánico, por favor describa brevemente las circunstancias presentes al momento del ataque ( p. ej. ¿en dónde estaba usted, qué estaba haciendo?)

N	Frecuencia	Porcentaje
336	no contestaron	84
64	Si contestaron*	16

❖ Las situaciones informadas por los sujetos se pueden agrupar dentro de las situaciones comúnmente asociadas con la presencia de ataques de pánico, referidas en la literatura científica:

- Asociadas a situaciones de estrés extremo (riesgo de perder la vida, asalto, accidentes, discusiones fuertes con alguna persona, los temblores y miedo a la muerte).
- Asociadas a situaciones menos estresantes (caminar por la calle, estar recostado sin hacer nada, realizando actividades cotidianas en casa, escuchar ruidos extraños, demandas académicas como exponer en clase o presentar un examen y reuniones familiares).

9. ¿Qué tan desagradables o incómodos son sus ataques de pánico?

N	frecuencia	Porcentaje
325	no contestaron	81.25
9	extremadamente	2.25
16	mucho	4
23	moderadamente	5.75
22	regular	5.5
5	para nada	1.25

10. ¿En qué medida los ataques de pánico han restringido o han cambiado su estilo de vida ( p. ej. Actividades que usted realiza, lugares a los que va)?

N	Frecuencia	Porcentaje
326	no contestó	81.5
32	Sin cambio	8
15	algo	3.7
10	moderado	2.5
11	bastante	2.75
6	cambio extremo	1.5

11. ¿Evita situaciones en particular por miedo a tener un ataque de pánico?

N	Frecuencia	Porcentaje
325	No contestaron	81.25
48	no evita	12
27	si evita	6.75

12. Si usted contestó afirmativamente a la pregunta 11, indique por favor ¿qué situaciones evita?

N	frecuencia	Porcentaje
374	no contestaron	93,5
26	si contestaron*	6,5

\* Evitan: salir solos, emociones fuertes, quedar encerrados en algún lugar, lugares oscuros, animales, problemas interpersonales, parques de diversiones, velorios, situaciones de peligro, riesgo de ser asaltado, competencia académica, agentes infecciosos e interacción social.

13. Por favor indique con qué severidad experimentó cada uno de los siguientes síntomas durante su más reciente ataque de pánico y durante el más severo.

a. Dificultad para respirar o sensación sofocante

	más reciente	más severo
no	33	21.81
si	66	78.18
frecuencia	N= 71	N= 55

b. Sensaciones de mareo, inestabilidad o desmayo

	más reciente	más severo
no	44	33.96
si	55.8	66.03
frecuencia	N= 68	N= 53

c. Aumento o palpitación del ritmo cardiaco

	más reciente	más severo
No	7	3.63
Si	92.9	96.36
frecuencia	N= 71	N= 55

d. Temblor o agitación

	más reciente	más severo
no	22	25.92
si	77.9	86.79
frecuencia	N= 68	N= 53

e. Sudoración

	más reciente	más severo
no	29.4	25.92
si	70.5	74.07
frecuencia	N= 68	N= 55

f. Sensación de ahogo

	más reciente	más severo
no	40.9	38.18
si	50.09	61.81
frecuencia	N= 66	N= 55

g. Náusea o malestar estomacal

	más reciente	más severo
no	39.39	35.84
si	60.6	64.15
frecuencia	N= 66	N= 53

h. Sensación de que las cosas no son reales

	más reciente	más severo
no	37.31	25.92
si	62.68	74.07
frecuencia	N= 67	N= 54

i. Sensaciones de adormecimiento o cosquilleo

	más reciente	más severo
no	49.25	40.74
si	50.74	59.25
frecuencia	N= 67	N= 54

j. Escalofríos o oleadas de calor

	más reciente	más severo
no	37.5	37.25
si	62.5	62.74
frecuencia	N= 64	N= 51

k. Dolor o incomodidad en el pecho

	más reciente	más severo
no	39.06	32.69
si	59.37	67.3
frecuencia	N= 64	N= 52

l. Miedo a morir

	más reciente	más severo
No	43.07	40.38
Si	56.92	59.61
frecuencia	N= 65	N= 52

m. Miedo a volverse loco o perder el control.

	más reciente	más severo
no	50	39.62
si	50	60.37
frecuencia	N= 64	N= 53

n. Dificultades visuales (por ejem. reducción del campo visual)

	más reciente	más severo
no	65.07	56.6
si	34.92	43.39
frecuencia	N= 63	N= 53

o. Dificultades auditivas (por ejem. dificultad para oír, campaneos en los oídos)

	más reciente	más severo
no	59.37	55.76
si	40.62	44.23
frecuencia	N= 64	N= 52

p. Dificultad para concentrarse

	más reciente	más severo
No	21.21	16.98
Si	78.78	83.01
frecuencia	N= 66	N= 53

q. Deseo de escapar de la escena del ataque

	más reciente	más severo
No	26.86	18.18
Si	73.13	81.81
frecuencia	N= 67	N= 55

r. Pensamientos o imágenes de los que no se puede deshacer

	más reciente	más severo
No	31.25	26.41
Si	68.75	73.58
frecuencia	N= 64	N= 53

s. Dificultad para hablar

	más reciente	más severo
No	42.42	27.77
Si	57.57	72.22
frecuencia	N= 66	N= 54

t. Sensaciones muy embarazosas

	más reciente	más severo
No	56.25	60.37
Si	43.75	39.62
frecuencia	N= 64	N= 53



14. Cuando ocurre un ataque de pánico ¿cuánto tiempo pasa entre el inicio del ataque y el momento en que es más intenso?

N	Frecuencia	Porcentaje
327	no contestó	81.75
48	pocos minutos	12
13	10-30 minutos	3.25
7	30 minutos- 1 hora	1.75
3	varias horas	0.75
2	mas de 1 día	0.5

15. Alguno de sus ataques surgió repentinamente y aumentó al máximo de intensidad en un periodo de 10 minutos antes de notar el primer síntoma?

N	Frecuencia	Porcentaje
a) 330	No contestó	82.5
b) 52	no surgió	13
c) 18	si surgió	4.5

16. ¿En promedio, ¿cuánto tiempo le dura un ataque de pánico (desde que inicia hasta que termina)?

N	Frecuencia	Porcentaje
328	no contestaron	82
34	pocos minutos	8.5
18	10-30 minutos	4.5
12	30 minutos - 1 hora	3
7	varias horas	1.75
1	mas de un día	1

17. ¿Le preocupa el pensar en un ataque de pánico?

N	Frecuencia	Porcentaje
327	no contestó	81.75
41	no me preocupa	10.25
19	me pone ligeramente ansioso	4.75
5	me pone moderadamente ansioso	1.25
8	me pone muy ansioso	2

18. ¿Qué tan graves (ya sea psicológica o físicamente) piensa que son sus ataques de pánico?

N	Frecuencia	Porcentaje
327	no contestaron	81.75
18	para nada	4.5
13	poco	3.25
29	moderados	7.25
9	mucho	2.25
4	extremadamente graves	1

19. ¿Alguna vez ha considerado buscar tratamiento para sus ataques de pánico?

N	Frecuencia	Porcentaje
327	no contestó	81.75
43	Nunca	10.75
15	lo ha pensado seriamente	3.75
6	lo ha pensado seriamente y duda solicitarlo	1.5
4	lo ha pensado e intenta hacerlo en el futuro	97.75
5	buscó. o está recibiendo tratamiento	1.5

20. ¿Alguna vez le han dicho que hay una razón médica para sus ataques de pánico?

N	Frecuencia	Porcentaje
327	no contestó	81.75
64	no	16
9	si	2.25

21. ¿Durante un ataque, ha perdido alguna vez el control o ha hecho algo incontrolable de lo que usted se lamentara después.

N	Frecuencia	Porcentaje
324	no contestó	81
65	no ha perdido el control	16.25
11	si ha perdido el control	2.75

22. Por favor describa en dónde estaba y qué estaba haciendo cuando experimentó sus últimos tres ataques de pánico (si los ha tenido) e indique, en cada situación, si el ataque fue por una causa desconocida.

\* Las situaciones más representativas en respuesta a esta pregunta fueron: asalto, temblores, peleas con otras personas, la montaña rusa, elevadores, el metro, recibir noticias desagradables, espacios cerrados, temor a la muerte, actividades académicas como exponer en clase o presentar exámenes. El 95% de dichas situaciones se asociaron a una causa conocida.

23. Hasta donde usted sabe, de la lista que se presenta a continuación, ¿alguno de los miembros de su familia ha experimentado ataques de pánico?

	Mamá		Papá	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje
no contestó	15	3.75	43	10.75
Si	63	15.75	17	4.25
no	221	55.25	226	56.5
no sé	101	25.25	43	28.5

	Hermana		Hermano	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje
no contestó	120	30	115	28.75
Si	42	10.5	22	5.5
no	164	41	182	45.5
no sé	74	18.5	81	20.25

	Hija		Hijo	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje
no contestó	398	98.75	395	98.75
si	63	15.75	17	4.25
no	2	0.5	5	1.25
no sé	101	25.25	43	28.5

## CONCLUSIONES DE LA FASE UNO

Con base en los resultados se puede afirmar que se cumplió el objetivo de la presente fase, es decir se logró adaptar y estandarizar a población mexicana la escala ISA y el cuestionario CAP. Tal como lo muestran los resultados, el ISA se consideró válido y confiable debido a que alcanzó valores estadísticos significativos, según lo estipulado para la construcción de instrumentos psicométricos (Aiken, 1996; Nynnally y Bernstein, 1995).

Por lo anterior, el ISA posee una estructura interna homogénea y consistente. No obstante aún hace falta continuar el trabajo psicométrico que permita evaluar la validez concurrente y/o la confiabilidad test-retest. Igualmente es muy importante obtener una muestra "clínica" estadísticamente significativa en la cual se replique el presente proceso para evaluar el coeficiente de consistencia interna, la discriminabilidad de los reactivos y su estructura factorial. También, es importante señalar que el presente trabajo arroja datos sobre las propiedades psicométricas de la versión española aplicada en particular a población mexicana y arroja también validez transcultural a la escala original.

Por su parte las respuestas a las preguntas del CAP permiten confirmar que en términos generales los síntomas, situaciones y forma de ocurrencia de los ataques de pánico de la muestra de este estudio son los mismos que los señalados en la literatura científica. No obstante, es conveniente un señalamiento de precaución, ya que el hecho de que los resultados del CAP se presenten en términos de porcentajes de frecuencia de respuesta a cada una de las preguntas del cuestionario, podría causar que la interpretación de los resultados resultara errónea. Por ejemplo, si tomamos las respuestas a la pregunta número uno la tendencia

inmediata sería sumar las frecuencias de ataques experimentados (desde uno hasta once), lo cual haría un total de 69 e inmediatamente obtener la proporción respecto al total de sujetos entrevistados (400) y con ello concluir que la incidencia de ataques de pánico es del 17.25 % ( es decir 69 sujetos de los 400 entrevistados) lo cual estaría sobreestimando dicha frecuencia.

Es importante recordar que previamente se señaló que el Cuestionario de Ataques de Pánico es un instrumento de cotejo, no un instrumento para diagnóstico. Por lo anterior, y con el propósito de obtener un indicador de incidencia de los ataques de pánico más preciso se requirió combinar y filtrar las respuestas a las preguntas que cumplieran los siguientes criterios clínicos para el diagnóstico (utilizados en la “Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta” (CIDI), de la Organización Mundial de la Salud, validada internacionalmente, incluyendo a México por Witchen y col. (1991), y los de la sección de diagnóstico de los Trastornos de Ansiedad de la entrevista estructurada SCID-I, (First, et al. 1997).

- que el sujeto experimente al menos 4 de los síntomas ( opciones de respuesta “a” a la “f” de la pregunta 13 del CAP)
- que el sujeto experimente esos síntomas en un periodo de 10 minutos (opción de respuesta “c” de la pregunta 15 del CAP).

El resultado estadístico de la combinación de las preguntas seleccionadas mostró que sólo 33 de los 400 sujetos experimentaron cuatro o mas síntomas (8.25%) y que sólo 16 de ellos experimentaron esos síntomas en un período de 10 minutos (4%).

Por lo que sólo el 4% de los estudiantes entrevistados ha experimentado ataques de pánico. Utilizando como base el filtro anterior, a fin de sólo seleccionar a los sujetos que respondieron a las opciones que se apegan al criterio, se procedió

a combinarlo con otras de las principales preguntas del cuestionario. El resultado de este filtro de respuestas mostró que:

Respecto al tiempo que se ha padecido el problema de ataques de pánico, los sujetos contestaron que un 8.7% (N=35) los ha sufrido durante años y sólo el 1.2% (N= 5) durante meses.

Acerca de si los ataques son provocados por algo identificable o por causa desconocida reportaron que el 5.2% (N=21) ha experimentado ataques inesperados.

En relación a la incomodidad de los ataques de pánico. Un 3.2% (N=13) los consideran como extremadamente incómodos y para un 8.7% ( N= 35) no son desagradables.

En respuesta a si los ataques de pánico han restringido su vida el 9.5% (N= 38) contestó en el rango de “algo” y 2.2% (N=9) no sufrió cambio extremo.

Asimismo, el 10% (N =40) dijo no saber que existen razones médicas para los ataques de pánico y sólo el 1.5% si lo sabía (N=6).

En cuanto a si otros integrantes de su familia han experimentado ataques de pánico, los entrevistados reportaron que 3.2% (N= 13) las mamás; 1.2% (N= 5) los papás; 0.75% (N= 3) el hermano y 1% (N= 4) la hermana.

Finalmente en todos los casos los entrevistados contestaron haber experimentado todos los síntomas tipificados en el DSM-IV como característicos de los ataques de pánico (por ejem. dificultad para respirar, sensación de ahogo, miedo a volverse loco o perder el control etc.).

Si se tiene en mente que el CAP, no es en estricto sentido, una entrevista diagnóstica sino un cuestionario de cotejo, resulta ser un instrumento confiable para estimar la ocurrencia, tipo, forma y características de los ataques de pánico. Para determinar la existencia de trastorno de pánico, el análisis de las respuestas obtenidas se deberá realizar con apoyo en los criterios de diagnóstico internacionalmente aceptados.



## FASE DOS

### EVALUACION PSICOMETRICA DE FACTORES DE CRIANZA ASOCIADOS CON LA GENESIS DE LOS ATAQUES DE PANICO

#### OBJETIVOS:

Uno de los objetivos principales de este proyecto fue la identificación de factores que se asocien con la génesis de los ataques de pánico. Por lo anterior, en esta etapa se administró una batería de cinco pruebas psicométricas, en pacientes con diagnóstico psiquiátrico, con los siguientes propósitos:

#### A. Validación concurrente entre escalas:

1. Determinar si hay correlación entre la escala Sensibilidad a la Ansiedad e Inventario de Ansiedad.

2. Determinar si hay correlación entre la escala Sensibilidad a la Ansiedad y el Cuestionario de Ataques de Pánico.

3. Determinar si hay relación entre la escala Sensibilidad a la Ansiedad y el Inventario de Depresión.

4. Determinar si hay correlación entre el Inventario de Depresión y el de Ansiedad.

#### B. Utilidad predictiva

5. Realizar análisis de regresión múltiple con la batería de inventarios a fin de determinar su utilidad predictiva.

C. Obtención de un perfil de los síntomas y principales características de los ataques de pánico en pacientes mexicanos con trastornos de ansiedad.

6. Evaluar las respuestas de los sujetos al Cuestionario de Ataques de Pánico.

D. Identificación de factores de crianza que se puedan asociar con la etiología de los ataques de pánico a través del Inventario de Salud Estilos de Vida y Comportamiento (SEViC):

7. Obtener frecuencias en general de todos los reactivos para identificar aquellos que sean estadísticamente significativos y clínicamente relevantes.

8. Evaluar la posible influencia de los factores de crianza sobre la génesis de ataques de pánico. Específicamente determinar la influencia de los roles paterno y materno.

9. Agrupar los reactivos en factores de crianza y realizar análisis de regresión múltiple para determinar si alguno de ellos se asocia con la génesis del trastorno de pánico y además obtener la ecuación que pueda ser empleada para predicción.

## **METODO**

### **SUJETOS**

La muestra se integró con 145 personas adultas que asistieron, consecutivamente, al Servicio de Retroalimentación Biológica de la División de Servicios Clínicos del Instituto Nacional de Psiquiatría. Todos ellos habían sido previamente diagnosticados con algún trastorno de ansiedad y/o personalidad de acuerdo con el DSM-IV. Sus características demográficas se describen en la sección de resultados.

### **APARATOS E INSTRUMENTOS**

El cuestionario de Índice de Sensibilidad a la Ansiedad (ISA)

El cuestionario de Ataques de Pánico (CAP)

El Inventario de Ansiedad de Beck (IAB)

El Inventario de Depresión de Beck (IDB)

En Inventario Salud y Estilos de Vida y Comportamiento (SEViC)

## **DEFINICION CONCEPTUAL DE VARIABLES**

**Sensibilidad a la Ansiedad.**- Se basa en la suposición de que ciertos síntomas tienen consecuencias dañinas. Así, una persona con alta sensibilidad a la ansiedad, tendría mayor probabilidad de interpretar una rápida tasa cardíaca como un inminente ataque cardíaco, otra persona con baja sensibilidad, podría interpretar los mismos síntomas como una señal relativamente benigna de estrés (Donnell y McNally, 1989).

**Ataque de pánico.**-Los ataques de pánico de acuerdo con McNally (1990) se caracterizan por ataques de ansiedad inesperada que comprenden síntomas tales como taquicardia, falta de respiración, temblor y miedo a perder el autocontrol o morir.

**Desajuste psicológico.**-Es aquella relación entre las características específicas de los estilos de crianza e interacción con la familia (Hernández y Sánchez, 1997).

**Ansiedad.**-anticipación aprensiva de daño futuro o desgracia acompañado de un sentimiento de inquietud o síntomas somáticos de tensión. El foco del daño anticipado puede ser interno o externo (American Psychiatric Association, 1994).

**Depresión.**-Disminución del estado de ánimo habitual que refleja tristeza desesperanza y falta de motivación complementada con pérdida de interés o placer en casi todas las actividades (American Psychiatric Association, 1994).

## **DEFINICION OPERACIONAL DE VARIABLES**

La sensibilidad a la ansiedad, son las respuestas que los participantes señalen en el cuestionario Índice de Sensibilidad a la Ansiedad.

Los ataques de pánico, son las respuestas que los participantes señalen en el Cuestionario de Ataques de Pánico.

Interacción y Crianza.- son las respuestas de los participantes a los diferentes factores de crianza del Inventario de Salud y Estilos de Vida.

La ansiedad, son las respuestas que los participantes señalen en el cuestionario de ansiedad de Beck.

La depresión, son las respuestas que los participantes señalen en el cuestionario depresión de Beck.

## **TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO EXPERIMENTAL**

Se trata de un estudio Descriptivo y correlacional, con un diseño No experimental retrospectivo ex postfacto con una medición para cada una de las escalas (Hernández, Fernández y Baptista, 1991).

## **PROCEDIMIENTO**

La batería de instrumentos se aplicó a todas las personas que fueron remitidas por primera vez al servicio de Retroalimentación Biológica (RB) de la División de Servicios Clínicos del Instituto Nacional de Psiquiatría, en el período comprendido entre marzo de 1998 y marzo de 1999. Se recibía a cada paciente y después de describirle el sistema de trabajo del servicio de RB, se realizaba un breve interrogatorio sobre el motivo de consulta y se le solicitaba su colaboración para contestar los cuestionarios.

Una vez que accedían a participar se les hacía entrega de cada uno de los instrumentos describiendo el procedimiento de contestación. Después de lo anterior se les pedía que se los llevaran a su casa y que los contestaran con veracidad, asegurándose de traerlos de regreso en su siguiente cita. Sólo 3 personas del total de sujetos de la presente fase se negaron a contestarlos. En la segunda cita se

recolectaban los cuestionarios, se verificaba que estuvieran completos, si era necesario se aclaraban dudas sobre alguno de los reactivos; parafraseando la pregunta y cuidando de no provocar un sesgo en la respuesta del sujeto. En caso de detectarse algún cuestionario incompleto se le solicitaba lo terminara, acto seguido, se les agradecía su colaboración y continuaban sus sesiones de RB.

## RESULTADOS

Los análisis descriptivos de las características demográficas de la muestra total indicaron que la media de edad de los sujetos fue de 37.8 años, con una desviación estándar de 10.7 años. El valor de edad mínimo fue 19 y el máximo de 70 años.

La distribución por sexo, el estado civil, el grado escolar y la ocupación se muestran en las Tablas 1, 2, 3, y 4 respectivamente:

Tabla 1 Distribución por sexo		
Mujeres	57	39.3%
Hombres	88	60.7%
Total	N=145	100%

Tabla 2 Estado Civil		
Casados	77	53.1%
Solteros	38	26.2%
Unión libre	14	9.7%
Divorciados	5	3.4%
Separados	9	6.2%
Viudos	2	1.4%
TOTAL	N=145	100%

Tabla 3 Grado Escolar		
Licenciatura	44	30.3%
Bachillerato	35	24.1%
Comercio	25	17.2%
Primaria	25	17.2%
Secundaria	16	11%
Total	N=145	100%

Tabla 4 Ocupación		
Hogar	44	30.3%
Empleado	36	24.8%
Profesionista	30	20.7%
Estudiante	15	10.3%
Comerciante	12	8.3%
Desempleado	8	5.5%
Total	N=145	100%

El diagnóstico psiquiátrico para la muestra total aparece en la Tabla 5. Tal como se aprecia en la misma, se incluyen los diagnósticos para el total de la muestra y aparecen en negritas aquellos que involucran específicamente a los ataques de pánico. Estos últimos, aunque podrían agruparse en una sola categoría, se mantuvieron independientes por considerar que eran más representativos del tipo de diagnósticos que se encuentran cotidianamente en escenarios psiquiátricos. Aparecen en cursivas los demás trastornos de ansiedad. En la práctica psiquiátrica es común encontrar dos o más criterios diagnósticos, lo cual se observa también en la frecuente comorbilidad entre depresión y ansiedad. Además, Rosenberg et al. (1991), sostienen que el diagnóstico en el que la depresión es secundaria, sirve como indicador de la severidad del trastorno de pánico.

**TABLA 5**  
**DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO POR SEXO**

	Mujeres	Hombres	Total
<b>Pánico y Depresión</b>	7	14	21
<b>Pánico con Agorafobia</b>	8	18	26
Trastorno Distímico	2	2	4
<b>Trastorno de Angustia</b>	13	15	28
<i>T. Obsesivo C y</i> Depre. Mayor	0	2	2
Depresión Mayor y Ansiedad	2	13	15
<i>T. Obsesivo Compulsivo</i>	5	3	8
<i>T. Ansiedad Generalizada</i>	14	12	26
<i>Fobias Múltiples</i>	2	0	2
T. Afectivo Ansioso	1	2	3
Trastorno Delirante	0	2	2
Trastorno Somatoforme	0	1	1
T. Afectivo Mixto	1	1	2
Tricotilomanía y Depre. Leve.	0	1	1
Trastorno de Ajuste	2	1	3
<i>Estrés pos Traumático</i>	0	1	1
<b>TOTAL</b>	<b>57</b>	<b>88</b>	<b>145</b>

Para evaluar la validez concurrente de la batería de escalas se realizó un análisis de Correlación Múltiple entre las escalas de ansiedad, depresión y sensibilidad a la ansiedad.

Los resultados obtenidos fueron:

- Correlación entre la escala de sensibilidad a la ansiedad y el inventario de ansiedad,  $r=.6084$ ,  $p<.000$ .
- Correlación entre el inventario de ansiedad y el inventario de depresión,  $r=.5462$ ,  $p<.000$ .



- Correlación entre la escala de sensibilidad a la ansiedad y el inventario de depresión  $r=.5675, p<.000$ .
- Correlación entre el cuestionario de ataques de pánico y la escala sensibilidad a la ansiedad  $r=.4336, p<.000$ .
- La sección de síntomas del Cuestionario de Ataques de Pánico y el Inventario de ansiedad, obtuvieron una correlación  $r=.5334, p<.000$ .
- Por último la sección de síntomas del Cuestionario de Ataques de Pánico y el inventario de depresión, obtuvieron una correlación  $r=.4226, p<.000$ .

Regresión Múltiple con la batería de inventarios a fin de determinar su utilidad predictiva.

El proceso de regresión múltiple empleando ANSIEDAD como variable dependiente e ISA y DEPRESION como independientes arrojó una  $F=55.98$  con un valor asociado  $p<.000$ .

Los valores obtenidos para cada una de las escalas que se incorporaron en el análisis de regresión fueron: ISA = .446114

$$\text{DEPRESION} = .370003$$

$$\text{Constante} = 4.420049$$

ya que la fórmula general para predicción está dada por la ecuación:

$$Y = B X + B Z + B$$

Sustituyendo los valores obtenidos, la predicción o estimación de “Y” (ansiedad) en función de “X” (Índice de sensibilidad a la ansiedad) y “Z” (depresión) está dada por la ecuación:

$$Y = .446114(X) + .370003(Z) + 4.420049$$

en donde X y Z toman los valores que un nuevo sujeto obtiene en las escalas correspondientes.

Cuando la escala sensibilidad a la ansiedad se ingresó como variable dependiente, los resultados fueron: Ansiedad .402937

Depresión .359176

(constante) 12.090241

Cuando el inventario de depresión se ingresó como variable dependiente, los resultados fueron:

Sensibilidad a la ansiedad .326091

Ansiedad .303408

(Constante) 1.899509

Obtención de un perfil de síntomas y principales características de los ataques de pánico en pacientes con diagnóstico psiquiátrico a través del Cuestionario de Ataques de Pánico.

Para poder realizar los análisis estadísticos correspondientes, en primer lugar se filtraron las respuestas de los sujetos seleccionando sólo aquellos que cumplían con el criterio clínico; es decir, cuatro o más síntomas (reactivo 13) y tiempo de aparición de 0 a 10 minutos (reactivo 15). El resultado mostró que únicamente 17 sujetos del total de la muestra cumplieron con el criterio de ataques de pánico (7 hombres y 10 mujeres).

La Tabla 6 muestra la correspondencia entre el criterio clínico del Cuestionario de Ataques de Pánico y el diagnóstico psiquiátrico:

TABLA 6		
Sujetos que cumplieron el criterio clínico en el cuestionario de ataques de pánico.	Total de sujetos por diagnóstico psiquiátrico	Diagnóstico Psiquiátrico
4	21	Pánico y depresión
3	26	Pánico y agorafobia
5	28	Trastorno de Angustia
2	26	T. Ansiedad Generalizada
1	8	Tras Obsesivo Compulsivo
1	15	Tras. Depresivo Mayor y Ansiedad
1	1	Tricotilomanía

A continuación se describen los rasgos más sobresalientes de las respuestas de estos 17 sujetos.

Trece de ellos ha experimentado 11 o más ataques de pánico en un año. Seis de ellos han sufrido hasta 11 ataques en un mes. Catorce han tenido ataques durante años y trece de ellos señalan que han sido "inesperados". Para todos los sujetos, los ataques son desagradables y trece de ellos consideran que los ataques han restringido su vida en grado bastante o extremo. Quince sujetos evitan situaciones a causa de los mismos.

Doce manifiestan que los ataques duran desde unos pocos minutos hasta media hora y cinco los sufren de media hora hasta un día. Sólo a diez de ellos les pone de "muy ansioso" a "extremadamente ansioso" pensar en un futuro ataque. Desde una óptica cognoscitiva, trece de ellos piensan que los ataques son extremadamente graves. Finalmente cinco de ellos reporta saber que su mamá los

ha sufrido. Uno de ellos reporta que el papá ha sufrido y dos de ellos dicen que el hermano los ha sufrido.

### Identificación de factores de crianza de los ataques de pánico a través del SEViC.

Primeramente se obtuvieron las frecuencias a cada uno de los reactivos del cuestionario.

Dado que el SEViC consta de 178 reactivos, se describen, para el total de la muestra, las frecuencias de aquellos reactivos cuyos porcentajes de respuestas alcanzaron valores mayores o iguales al 50%, lo cual permite tener una imagen general de las situaciones problema y de algunas características psicológicas que los representan.

El 55% reportó tener sobre peso, 50% dificultades para dormir, y 65% tomar pastillas para los nervios. Los porcentajes de quejas físicas tales como dolor abdominal, diarrea, dolor de espalda, falta de aire, palpitaciones y mareos estuvieron por debajo del 20% al igual que fumar (20%), usar anfetaminas (8%), fumar marihuana(4%), e inhalar thinner (3%). Porcentajes mayores se encontraron en dolor de cabeza (35%) y dolor de extremidades (52%).

En cuanto a aspectos de percepción cognoscitiva informaron creer que la gente los quiere perjudicar (64%), tener problemas para concentrarse (65%), y sentir que no valen mucho (61%). Por otra parte al 67% le angustia tener relaciones sexuales y el 70% informa que sus padres tuvieron peleas con violencia. Sólo el 1%, no asistió a la escuela y la gran mayoría han vivido en la Cd. de México más de 20 años (93%).

No obstante que la confiabilidad del SEViC se ha establecido en estudios con estudiantes y padres de familia (Sánchez-Sosa y Hernández-Guzmán,1992, 1995;

Hernández y Sánchez, 1997), un buen rigor psicométrico recomienda que se debe evaluar nuevamente la confiabilidad del mismo cuando se utiliza en muestras diferentes a las previamente investigadas (Geisinger, 1994; Nunnally y Bernstein, 1995) Sin embargo, en vista de que la relación entre el tamaño de la muestra (N=145) y el número de reactivos (178) que integran el SEViC no reúne el mínimo necesario de aplicaciones para realizar un análisis de confiabilidad por consistencia interna para la prueba total (de acuerdo con Nunnally y Bernstein se requeriría una N=1780 aplicaciones), se procedió a agrupar los reactivos según su contenido en factores para posteriormente evaluar su confiabilidad. Con base en los resultados de otras investigaciones en las que se utilizó el SEViC(Hernández y Sánchez, 1997), los factores resultantes fueron :

Reactivos que forman el factor Condiciones (r1 , 3-7,10-63), Alfa=.9206.

Reactivos que forman el factor Frecuencia de molestias (r65, 69-75, 77 y 78), Alfa=.8880.

Reactivos que forman el factor Estilos de crianza positiva (r104, 105, 108,110-112, 124-129, y 131), Alfa=.7912.

Reactivos que forman el factor Interés de los Padres: (r102, 104, 108, 110-112), Alfa=.6383.

Reactivos que forman el factor Estilos de Crianza negativa: (r113-117, 120, 121, 133-136, 139), Alfa=.5657.

Reactivos que forman el factor Padres que usaban castigo: r113-121, Alfa=.6495.

Reactivos que forman el factor Relación positiva con la madre: r110, 112, 123-126, 129 y 131, Alfa=.7474.

Reactivos que forman el factor Relación positiva con el padre: r111, 122, 124, 125, 127, 128 y 131,Alfa= .6296.

Otras dos variables que se consideraron importantes para evaluar su posible influencia en la génesis de los ataques de pánico y que no contaron con otros reactivos para agruparse fueron:

Experiencias negativas: r139.

Abuso sexual: r142.

Los factores y variables arriba descritos fueron sometidos, como variables independientes, al análisis de regresión múltiple para determinar si alguno de ellos se asocia con la génesis del trastorno de pánico, la ansiedad, la depresión y la sensibilidad a la ansiedad, además, de obtener la ecuación que pueda ser empleada para predicción.

El análisis de regresión múltiple se realizó con el método de pasos sucesivos "stepwise", mismo que construye la ecuación de regresión lineal seleccionando las variables paso a paso. Cabe señalar que todos los factores y variables se contrastaron contra depresión, ansiedad, y sensibilidad a la ansiedad; cada una de estas últimas como variable dependiente, una a la vez.

El resultado mostró que en el caso de la **depresión**, sólo experiencias negativas obtuvo una  $F=16.8062$ , con un nivel de significancia  $p<.0111$ . Los valores para la ecuación fueron:

$$\text{Experneg}=-2.573058$$

$$\text{Constante}=26.963447$$

sustituyendo los valores en la ecuación de predicción, obtenemos

$$Y=-2.573058 (X) + 26.963447$$

en donde X toma el valor que un sujeto obtiene en el factor experiencias negativas y predice el posible valor de intensidad de depresión.

En el caso de la **ansiedad**, nuevamente experiencias negativas, arrojaron una  $F=33.82188$ , con un nivel de significancia  $p<.0000$ . Los valores para la ecuación fueron:

Experneg=-3.853470

Constante=36.031119

La ecuación para predecir es:

$$Y = -3.853470(X) + 36.031119$$

En el caso de la **sensibilidad a la ansiedad** nuevamente experiencias negativas, mostraron una  $F=16.32571$ , con un nivel de significancia  $p<.0001$ . Los valores para la ecuación fueron:

Experneg=-2.734087

Constante=37.401891

La ecuación para predecir es:

$$Y = -2.734087(X) + 37.401891$$

Por otra parte se contrastaron, mediante tablas de contingencia, los factores y variables previamente descritos, con la variable diagnóstico psiquiátrico, con objeto de determinar la asociación entre los mismos. Los resultados más sobresalientes se muestran de la tabla 7 a la 13. Los números en las celdas representan porcentajes de sujetos por diagnóstico y por factor. Aparecen en negritas aquellos porcentajes relacionados con los trastornos de ansiedad, para facilitar su comparación contra la columna con la "N" total para cada diagnóstico.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA**

Tabla 7  
Contingencias entre la variable  
diagnóstico y factores de crianza negativos

	N	Abuso Sexual	Padre usaba Castigo	Madre usaba Castigo
Pánico y depresión	21	1.3%	.6%	<b>4.8%</b>
Pánico con Agorafobia	26	<b>4.1%</b>	2.7%	<b>4.1%</b>
Trastorno Distímico	4	.6%	.6%	1.3%
Trastorno de Angustia	28	<b>4.8%</b>	1.3%	.6%
T.Obsesivo C y Depre. Mayor	2	0	0	0
Depresión Mayor y Ansiedad	15	<b>4.1%</b>	3.4%	<b>4.1%</b>
T.Obsesivo Compulsivo	8	.6%	.2%	3.4%
T.Ansiedad Generalizada	26	1.3%	2.7%	<b>4.1%</b>
Fobias Múltiples	2	0	0	.6%
T.Afectivo Ansioso	3	0	0	0
Trastorno Delirante	2	.6%	0	0
Trastorno Somatoforme	1	0	0	.6%
T.Afectivo Mixto	2	0	0	.6%
Tricotilomanía y Depre. Leve	1	.6%	0	.6%
Trastorno de Ajuste	1	.6%	0	0
Estrés Pos Traumático	1	.6%	0	.6%
<b>PORCENTAJE TOTAL</b>	<b>145</b>	<b>19.2%</b>	<b>14%</b>	<b>25.4%</b>



Tabla 8  
Contingencias entre la variable  
Diagnóstico y factores de crianza negativos

	N	Amenazas de divorcio	Peleas frente a los hijos	Peleas con violencia
Pánico y Depresión	21	11.7%	10.3%	9.6%
Pánico con Agorafobia	26	12.4%	10.3%	11.7%
Trastorno Distímico	4	2%	2%	1.3%
Trastorno de Angustia	28	15.1%	10.3%	15.8%
T. Obsesivo c y Depre Mayor	2	1.3%	1.3%	.6%
Depresión Mayor y Ansiedad	15	6.8%	7.5%	8.9%
T. Obsesivo Compulsivo	8	4.8%	4.1%	4.1%
T. Ansiedad Generalizada	26	<b>12.4%</b>	4.1%	8.9%
Fobias Múltiples	2	.6%	.6%	0
T. Afectivo Ansioso	3	2%	.6%	2%
Trastorno Delirante	2	1.3%	1.3%	1.3%
Trastorno Somatoforme	1	0	0	0
T. Afectivo Mixto	2	1.3%	.6%	0
Tricotilomanía y Depre. Leve	1	.6%	.6%	.6%
Trastorno de Ajuste	1	.6%	1.3%	1.3%
Estrés Pos Traumático	1	.6%	.6%	.6%
<b>PORCENTAJE TOTAL</b>	<b>145</b>	<b>73.5%</b>	<b>55.5%</b>	<b>66.7%</b>

**Tabla 9**  
**Contingencias entre la variable**  
**Diagnóstico y factores de crianza negativos**

	N	Peleas A gritos	Padre comparaba negativamente	Madre comparaba negativamente
Pánico y depresión	21	9.6%	5.5%	6.8%
Pánico con Agorafobia	26	11%	6.8%	4.8%
Trastorno Distímico	4	2%	1.3%	2%
Trastorno de Angustia	28	<b>11%</b>	3.4%	5.5%
T. Obsesivo C y Depre. Mayor	2	1.3%	0	0
Depresión Mayor y Ansiedad	15	8.2%	4.1%	2.7%
T. Obsesivo Compulsivo	8	3.4%	2%	2%
T. Ansiedad Generalizada	26	<b>11.7%</b>	4.8%	3.4%
Fobias Múltiples	2	.6%	0	1.3%
T. Afectivo Ansioso	3	.6%	0	0
Trastorno Delirante	2	1.3%	.6%	1.3%
Trastorno Somatoforme	1	0	0	.6%
T. Afectivo Mixto	2	1.3%	.6%	0
Tricotilomanía y Depre. Leve	1	.6%	0	.6%
Trastorno de Ajuste	1	1.3%	1.3%	0
Estrés Pos Traumático	1	.6%	0	.6%
<b>PORCENTAJE TOTAL</b>	<b>145</b>	<b>64.5%</b>	<b>30.4%</b>	<b>31.6%</b>

Tabla 10 Contingencias entre la variable diagnóstico y <b>factores de crianza negativos</b>		
	N	Experiencias Emocionales Negativas
Pánico y depresión	21	11%
Pánico con Agorafobia	26	13.1%
Trastorno Distímico	4	.6%
Trastorno de Angustia	28	<b>15.1%</b>
T. Obsesivo C y Depre. Mayor	2	1.3%
Depresión Mayor y Ansiedad	15	6.8%
T. Obsesivo Compulsivo	8	4.1%
T. Ansiedad Generalizada	26	<b>15.8%</b>
Fobias Múltiples	2	1.3%
T. Afectivo Ansioso	3	.6%
Trastorno Delirante	2	.6%
Trastorno Somatoforme	1	.6%
T. Afectivo Mixto	2	.6%
Tricotilomanía y Depre. Leve	1	.6%
Trastorno de Ajuste	1	1.3%
Estrés Pos Traumático	1	.6%
<b>PORCENTAJE TOTAL</b>	<b>145</b>	<b>74%</b>

Tabla 11  
Contingencias entre la variable  
Diagnóstico y **experiencia negativa más importante**

	N	Asalto maltrato	Violación	Accidente	Enfermedad	Muerte ser querido
Pánico y Depresión	21	4.8%	0	.6%	2%	<b>3.4%</b>
Pánico con Agorafobia	26	<b>5.5%</b>	2%	2%	1.3%	2%
Trastorno Distímico	4	0	0	.6%	0	0
Trastorno de Angustia	28	4.1%	1.3%	2%	2%	<b>5.5%</b>
T. Obsesivo C y Depre. Mayor	2	0	0	.6%	.6%	0
Depresión Mayor y Ansiedad	15	<b>4.1%</b>	1.3%	0	0	1.3%
T. Obsesivo Compulsivo	8	1.3%	0	0	.6%	2%
T. Ansiedad Generalizada	26	<b>6.2%</b>	.6%	2.7%	2%	<b>4.1%</b>
Fobias Múltiples	2	0	0	0	.6%	.6%
T. Afectivo Ansioso	3	0	0	0	0	.6%
Trastorno Delirante	2	.6%	.6%	0	0	0
Trastorno Somatoforme	1	0	0	0	0	.6%
T. Afectivo Mixto	2	0	0	0	.6%	0
Tricotilomanía y Depre. Leve	1	0	.6%	0	0	0
Trastorno de Ajuste	1	0	0	0	0	0
Estrés Pos Traumático	1	0	0	.6%	.6%	0
<b>PORCENTAJE TOTAL</b>	<b>145</b>	<b>26.6 %</b>	<b>6.4%</b>	<b>9.1%</b>	<b>10.3%</b>	<b>20.1%</b>

Tabla 12  
Contingencias entre la variable  
diagnóstica y **factores de crianza positivos**

	N	Mi padre me apoyaba	Mi madre me apoyaba
Pánico y Depresión	21	6.2%	10.3%
Pánico con Agorafobia	26	6.2%	13.1%
Trastorno Distímico	4	.6%	1.3%
Trastorno de Angustia	28	6.8%	<b>10.3%</b>
T. Obsesivo C y Depre. Mayor	2	0	.6%
Depresión Mayor y Ansiedad	15	4.8%	6.8%
T. Obsesivo Compulsivo	8	2%	4.1%
T. Ansiedad Generalizada	26	6.8%	<b>12.4%</b>
Fobias Múltiples	2	.6%	0
T. Afectivo Ansioso	3	1.3%	2%
Trastorno Delirante	2	0	0
Trastorno Somatoforme	1	.6%	0
T. Afectivo Mixto	2	.6%	1.3%
Tricotilomanía y Depre. Leve	1	.6%	.6%
Trastorno de Ajuste	1	.6%	.6%
Estrés Pos Traumático	1	0	0
<b>PORCENTAJE TOTAL</b>	<b>145</b>	<b>37.7%</b>	<b>53.1%</b>

**Tabla 13**  
**Contingencias entre la variable**  
**diagnóstico y factores de crianza positivos**

	N	Relación positiva con la madre	Relación positiva con el padre	Afecto entre los padres
Pánico y depresión	21	13.1%	12.4%	13.1%
Pánico con Agorafobia	26	15.8%	15.1%	17.2%
Trastorno Distímico	4	2%	2%	2.7%
Trastorno de Angustia	28	18.6%	18.6%	19.3%
T. Obsesivo C y Depre. Mayor	2	1.3%	.6%	1.3%
Depresión Mayor y Ansiedad	15	8.2%	7.5%	10.3%
T. Obsesivo Compulsivo	8	4.1%	4.1%	4.8%
T. Ansiedad Generalizada	26	17.9%	16.5%	17.2%
Fobias Múltiples	2	.6%	.6%	.6%
T. Afectivo Ansioso	3	1.3%	.6%	2%
Trastorno Delirante	2	1.3%	1.3%	1.3%
Trastorno Somatoforme	1	0	.6%	0
T. Afectivo Mixto	2	1.3%	1.3%	1.3%
Tricotilomanía y Depre. Leve	1	.6%	.6%	.6%
Trastorno de Ajuste	1	.6%	.6%	.6%
Estrés Pos Traumático	1	.6%	.6%	.6%
<b>PORCENTAJE TOTAL</b>	<b>145</b>	<b>87.3%</b>	<b>83%</b>	<b>90.9%</b>

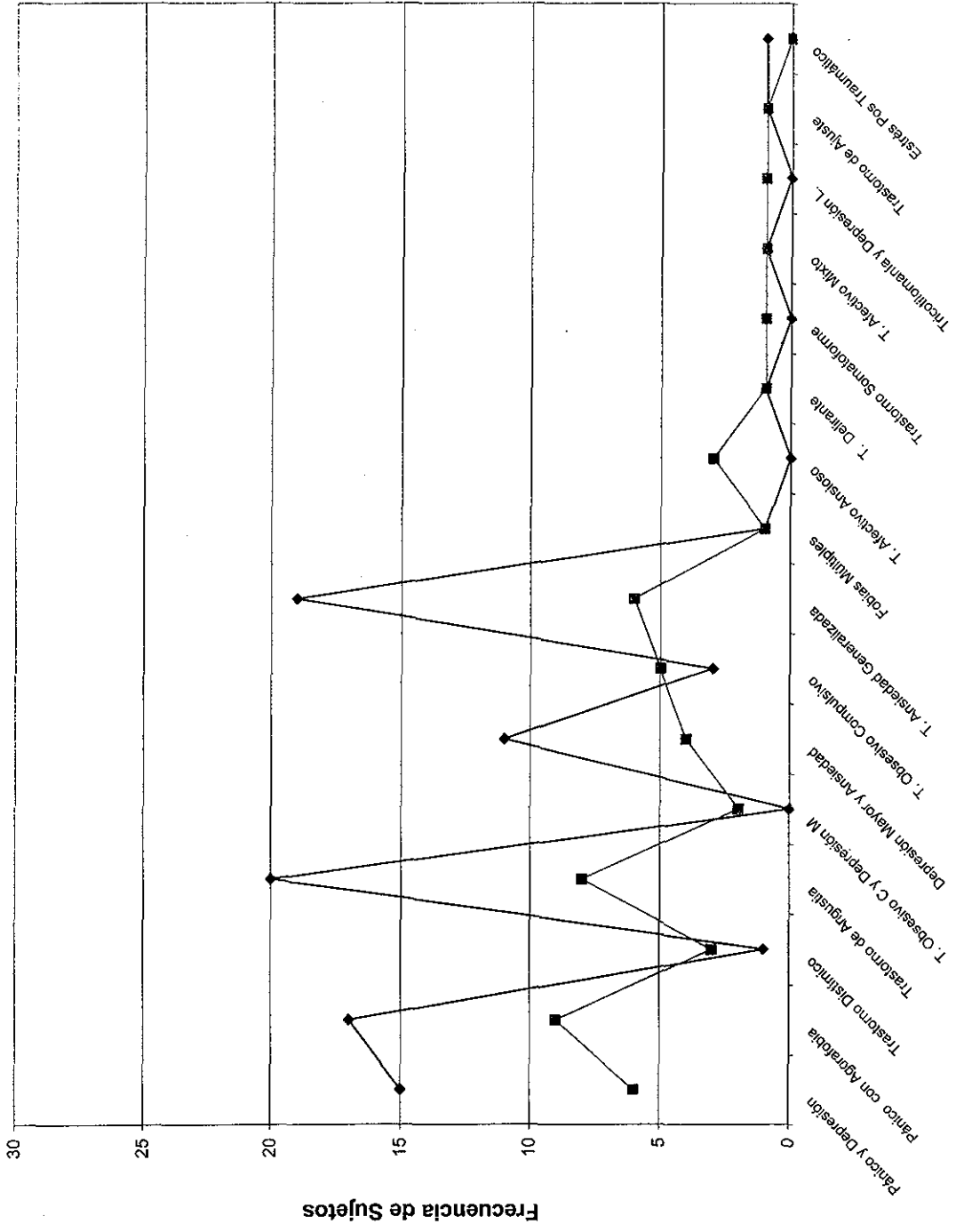
Finalmente, dado que la literatura especializada informa que las respuestas de los sujetos al cuestionario ISA se caracterizan por ser más altas en los trastornos de pánico que en otros trastornos de ansiedad; considerando así a la sensibilidad a la ansiedad como predictora de ataque de pánico, se procedió a agrupar en puntajes altos y bajos la calificación total de cada sujeto para la escala ISA y para las escalas

de ansiedad y depresión. Las frecuencias de sujetos para los dos grupos de puntajes se muestran en las Gráficas 1 a 3.

Tal como se aprecia en la gráfica 1, la frecuencia de puntajes altos en el cuestionario ISA es más alta en el caso de los trastornos de pánico que en el resto de trastornos, excepto el caso de la ansiedad generalizada.

La gráfica 2 muestra los puntajes altos y bajos en el caso del inventario de ansiedad. Aquí se observa que la tendencia de los puntajes se invierte en todos los casos. Lo mismo se observa con los puntajes de depresión (véase gráfica 3).

Gráfica 1  
Sensibilidad a la Ansiedad

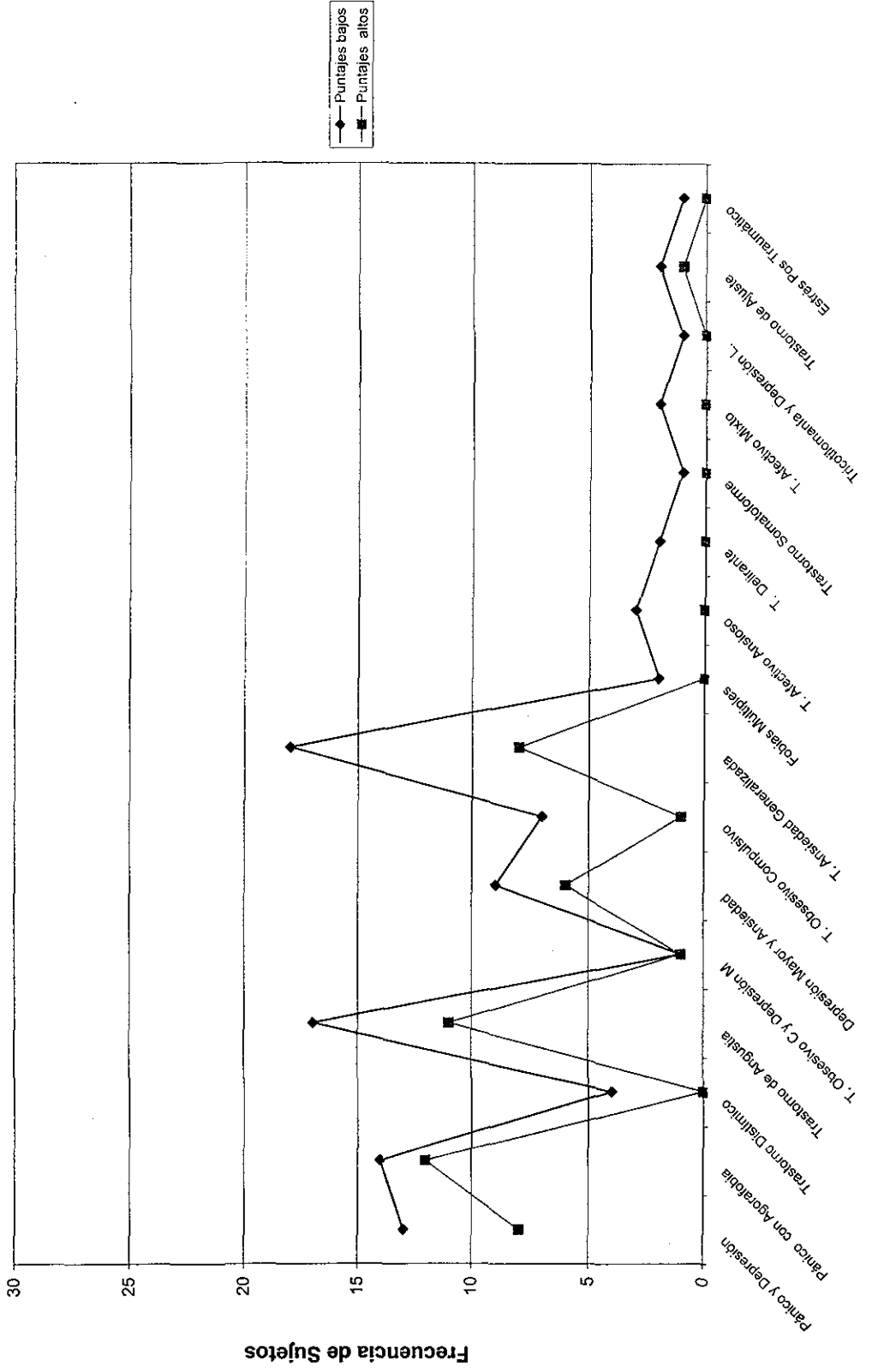


TESIS CON  
FALTA DE ORIGEN

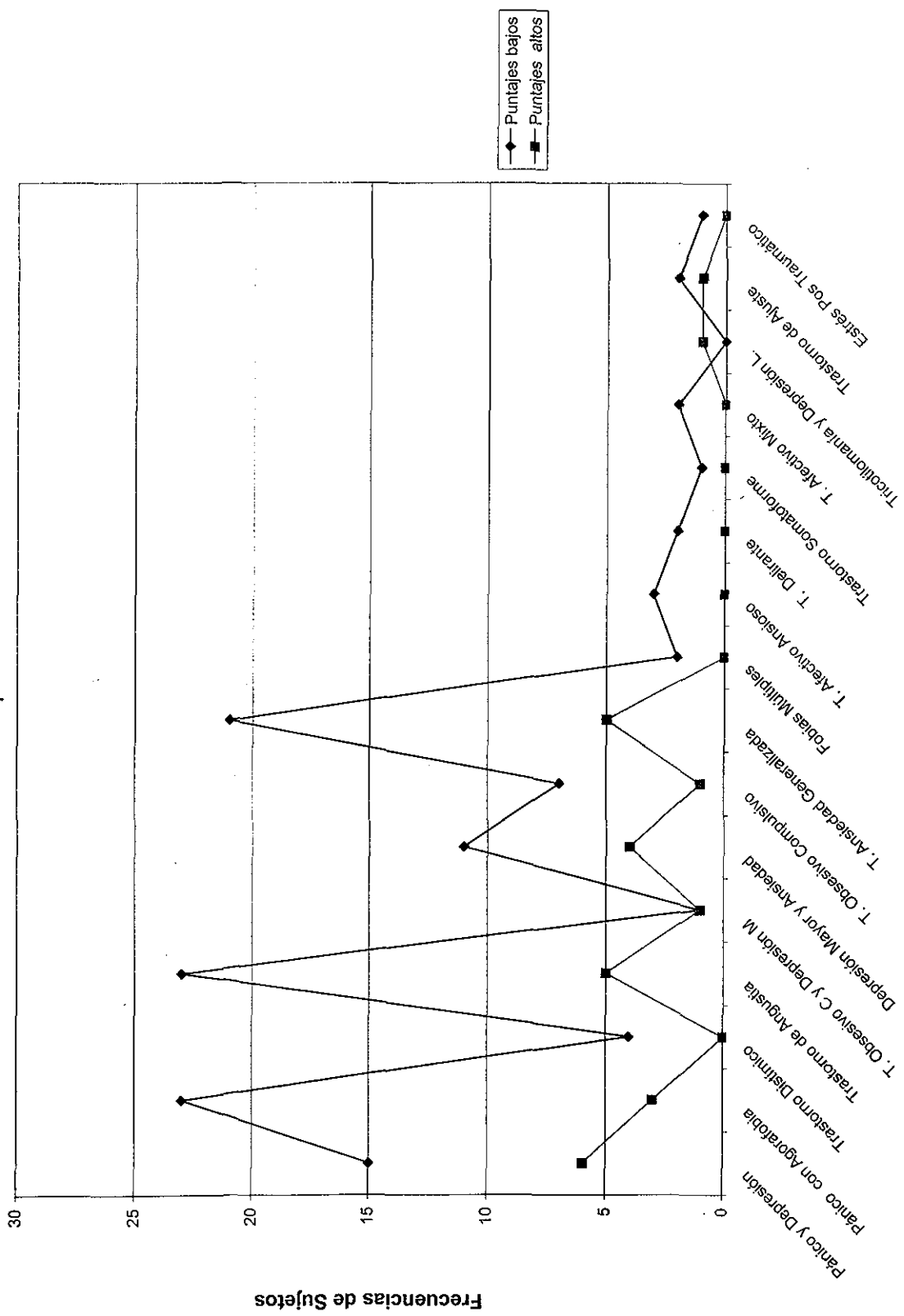
◆ Puntajes altos  
■ Puntajes bajos



Gráfica 2  
Ansiedad



Gráfica 3  
Depresión



## CONCLUSIONES DE LA FASE DOS

Aunque la muestra empleada en la presente fase no fue probabilística, con base en su tamaño, sería razonable considerarla como representativa de las características particulares de pacientes psiquiátricos de consulta externa. Sus rasgos distintivos fueron que estuvo integrada por un mayor porcentaje de hombres que de mujeres. En cuanto al estado civil el 84% tenía experiencia de vida en pareja y 26% eran solteros. La escolaridad mostró que todos contaban con algún tipo de formación académica ya sea primaria, carrera comercial, o estudios de licenciatura. En cuanto a la ocupación, la mitad de ellos trabajaba, 30% se dedica al hogar, diez por ciento eran estudiantes y 5% era desempleado.

Tal como se señaló anteriormente, la media de edad fue de 37.8 años con una desviación estándar de 10.7 años, lo cual aparentemente concuerda con lo sostenido por Krystal et al. (1992) en el sentido de que este tipo de trastorno prevalece entre los 20 y los 40 años. No obstante lo anterior, con base en la desviación estándar de la muestra del presente informe, se aprecia un sesgo por arriba de los cuarenta años.

Analizando los diagnósticos psiquiátricos de la tabla 5. la suma de sujetos de los tres tipos

de diagnóstico para ataques de pánico indica que ellos integraron la mitad de la muestra total, en tanto que la otra mitad se dividió a su vez en dos grupos más, el de trastornos de ansiedad (ansiedad generalizada, estrés postraumático, fobias y trastorno obsesivo compulsivo, 23%) y el de otros trastornos (25%, depresión etc).

Con base en los resultados obtenidos se puede concluir que se cumplieron los objetivos propuestos. Primeramente se encontró que las escalas ISA e IAB correlacionan aceptablemente ( $r=.6084$ ) y como era de esperarse cuando ambas se correlacionan con la depresión se obtienen valores más modestos, lo cual concuerda con los hallazgos de la literatura internacional en la que se informa que se ha encontrado que la ansiedad y la depresión en adultos y adolescentes coexiste, por lo

que correlacionan significativamente (Beck et al. 1987). La misma literatura señala que el IAB mide los síntomas que son menos compartidos con la depresión y es más sensible empleado en pacientes psiquiátricos adultos de consulta externa. Asimismo, la correlación entre los reactivos de síntomas del cuestionario de ataques de pánico, el inventario de ansiedad y el índice de sensibilidad a la ansiedad es un poco más baja (CAP y ansiedad  $r=.53$ ; CAP e ISA  $r=.43$ ; CAP y Depresión  $r=.42$ ).

En cuanto a la utilidad predictiva se encontró que las escalas IAB, ISA e IDB actúan cada una como variable predictora de las otras. Asimismo, la correlación múltiple mostró que las tres escalas ISA, IDB e IAB son variables que simultáneamente participan en la obtención de la ecuación de predicción, permitiendo así calcular la ecuación correspondiente a cada escala. Lo anterior tendría implicaciones clínicas prácticas ya que la administración de sólo una de ellas permitiría predecir el posible valor de las otras dos.

Aunque todos los sujetos contestaron el CAP los resultados incluidos en el presente análisis corresponden sólo a aquellos que cumplieron el criterio diagnóstico con los filtros establecidos para diagnóstico psiquiátrico. Las características más sobresalientes informadas por los 17 sujetos que sí cumplieron con el criterio diagnóstico fueron que los ataques son inesperados y se acompañan de conductas de evitación a causa de ellos. Lo anterior confirma lo señalado en la literatura científica (American Psychiatric Association, 1994) respecto a que el carácter de "inesperados" es distintivo de los ataques de pánico ya que no ocurre en otros trastornos de ansiedad. En cuanto al posible riesgo de llegar a experimentar ataques de pánico por vivir con otra persona que los ha sufrido, los resultados mostraron que sólo 5 de los 17 informaron que su mamá los ha sufrido, uno de 17 el papá, y 2 de 17 el hermano. Dado que no sabemos la duración de los ataques de pánico en dichos familiares e igualmente desconocemos el tiempo de convivencia

con el trastorno sería muy aventurado hipotetizar que sí hay una relación de riesgo ya que en el caso de la mamá 5 de 17 representa el 29% de los sujetos.

Hay discrepancia entre el número de sujetos que cumplió con el criterio diagnóstico en el CAP y el diagnóstico psiquiátrico. Una explicación plausible sería que la diferencia se debe a la mejoría en los síntomas experimentada por los propios sujetos ya que pasó tiempo entre el diagnóstico psiquiátrico, con la consecuente administración de medicamento, y la entrega de la batería de pruebas psicológicas.

En cuanto a la identificación de factores de crianza que se puedan asociar con la etiología de los ataques de pánico, entre las características de la muestra total en base al SEViC resalta que por arriba del 60%, los sujetos manifestaron experimentar aspectos cognoscitivos relacionados con ideas de que la gente los quiere perjudicar, tener problemas en concentrarse, baja autoestima, y angustia en las relaciones sexuales. Es significativo que el 70% informara haber experimentado peleas con violencia entre sus padres.

En el caso del SEViC, la obtención de los ocho factores con valores significativos de confiabilidad permitió realizar el análisis de correlación múltiple. Los resultados del citado análisis indicaron que tanto para depresión, ansiedad y sensibilidad a la ansiedad, el factor determinante para la predicción fue experiencias negativas; por ejemplo asalto, violación, accidente, enfermedad y/o muerte de un ser querido.

Las tablas de contingencia entre el diagnóstico psiquiátrico y los factores muestran en general una constante y mayor frecuencia de sujetos en cada uno de los tres diagnósticos de ataques de pánico. Los puntajes altos se observan en los factores: peleas a gritos, amenazas de divorcio, peleas con violencia frente a hijos y experiencias negativas, lo que concuerda con la literatura internacional (Tweed et

al., 1989;Angst y Vollrath, 1991) en el sentido de que los ataques de pánico se presentan más en familias en las que hay "distres", representado por conflicto entre los padres, falta de atención, bajo prestigio familiar y castigo muy severo.

Dos aspectos igualmente significativos son el hecho de que aunque los sujetos informan haber experimentado altas frecuencias de factores negativos de crianza simultáneamente manifiestan haber experimentado, con un poco menos de frecuencia, factores positivos como serían "recibir apoyo de", "relación positiva con " y "muestras de afecto entre" los padres. Un hallazgo que se puede considerar como novedoso en esta muestra de sujetos es que aquellos con diagnóstico de trastorno por ansiedad generalizada tienen frecuencias altas en la mayoría de los factores al igual que ocurre con pánico.

El análisis estadístico de regresión múltiple mostró como sobresaliente al factor "experiencias negativas" para la predicción de ansiedad y depresión. La experiencia negativa que más se asocia con los ataques de pánico fue "maltrato de un ser querido", no obstante hay evidencias de que violación, accidente y enfermedad también se asocian aunque en menor grado.

Por otro lado, la literatura científica (Brown y Deagle, 1992)considera a la sensibilidad a la ansiedad como un factor de riesgo para identificar a los ataques de pánico. La gráfica I muestra que esa tendencia se confirma al encontrar puntajes más altos asociados con los trastornos de pánico y ansiedad en pacientes mexicanos, en tanto que en el caso de los puntajes ante la escala de ansiedad y depresión la tendencia se invierte.

Finalmente, las recomendaciones para futuros estudios son, en la medida de lo posible, integrar muestras mayores en pacientes con trastorno de pánico y realizar contrastes con muestras, de tamaño equivalente, de sujetos con otros trastornos psiquiátricos.

## **FASE TRES**

### **EVALUACION EXPERIMENTAL DE UN TRATAMIENTO COGNOSCITIVO CONDUCTUAL PARA EL TRASTORNO DE PANICO**

#### **OBJETIVO:**

Esta fase, tuvo como propósito desarrollar y explorar la eficacia de un protocolo de tratamiento cognitivo conductual grupal sobre las manifestaciones de los ataques de pánico.

No obstante que en esta fase participaron y terminaron las sesiones un total de 25 pacientes, en los resultados se incluyen los datos de la batería de cuestionarios de sólo 15 de ellos debido a que los demás cuestionarios quedaron incompletos ya que no se pudieron recuperar en alguno de los tres momentos de medición.

#### **METODO**

##### **SUJETOS**

La muestra se integró con 25 personas adultas que asistieron, consecutivamente, al Servicio de Retroalimentación Biológica de la División de Servicios Clínicos del Instituto Nacional de Psiquiatría. Todos ellos de acuerdo con los diagnósticos psiquiátricos cumplieron los criterios de trastorno de ansiedad en el Eje I, y no tuvieron diagnóstico de personalidad en el Eje II.

##### **APARATOS E INSTRUMENTOS**

El cuestionario de Índice de Sensibilidad a la Ansiedad (ISA)

El cuestionario de Ataques de Pánico (CAP)

El Inventario de Ansiedad de Beck (IAB)

El Inventario de Depresión de Beck (IDB)

Material impreso con información que describía qué es, cómo se identifica, la etiología, la prevalencia y el tratamiento médico del trastorno de pánico.

Una radio grabadora, y una cinta de audiocassete con instrucciones grabadas de relajación muscular.

## **DEFINICION CONCEPTUAL DE VARIABLES**

**Sensibilidad a la Ansiedad.**- Se basa en la suposición de que ciertos síntomas tienen consecuencias dañinas. Así, una persona con alta sensibilidad a la ansiedad tendría mayor probabilidad de interpretar una rápida tasa cardiaca como un inminente ataque cardiaco, otra persona con baja sensibilidad, podría interpretar los mismos síntomas como una señal relativamente benigna de estrés (Donnell y McNally, 1989).

**Ataques de pánico.**-Los ataques de pánico de acuerdo con McNally (1990) se caracterizan por ataques de ansiedad inesperada que comprenden síntomas tales como taquicardia, falta de respiración, temblor y miedo a perder el autocontrol o morir.

**Ansiedad.**- anticipación aprensiva de daño futuro o desgracia acompañado de un sentimiento de inquietud o síntomas somáticos de tensión. El foco del daño anticipado puede ser interno o externo (American Psychiatric Association, 1994).

**Depresión.**-Disminución del estado de ánimo habitual que refleja tristeza, desesperanza y falta de motivación complementada con pérdida de interés o placer en casi todas las actividades (American Psychiatric Association, 1994).

## **DEFINICION OPERACIONAL DE VARIABLES**

La sensibilidad a la ansiedad, son las respuestas que los participantes señalen en el Cuestionario Índice de Sensibilidad a la Ansiedad.



Los ataques de pánico, son las respuestas que los participantes señalen en el Cuestionario de Ataques de Pánico.

La ansiedad, son las respuestas que los participantes señalen en el Cuestionario de Ansiedad de Beck.

La depresión, son las respuestas que los participantes señalen en el Cuestionario Depresión de Beck.

## **TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO EXPERIMENTAL**

Cuasi experimental con un diseño de medidas repetidas para dos grupos consecutivos.

## **PROCEDIMIENTO**

Se formaron dos grupos consecutivos (grupo uno, N=10; grupo dos, N= 15) con personas que fueron remitidas por primera vez al servicio de Retroalimentación Biológica (RB) de la División de Servicios Clínicos del Instituto Nacional de Psiquiatría en donde además de describirles el sistema de trabajo del servicio de RB, se les invitaba a participar en el grupo terapéutico. Una vez que accedían a participar se obtenía el consentimiento informado y se les solicitaba que contestaran la batería de cuestionarios.

La batería de cuestionarios se administró en tres ocasiones: pretest (antes de la primera sesión), postest (después de la sesión doce), seguimiento (un mes después de la doceava sesión).

Una vez que se completó el primer grupo de 10 personas se dio inicio a la fase experimental conformada por una serie de 12 sesiones de **psicoterapia grupal cognoscitivo conductual**. Las sesiones fueron conducidas en la modalidad de coterapia con una duración de dos horas una vez a la semana. Los componentes terapéuticos consistieron en:

1. Información psicoeducativa.- Con el apoyo del material impreso se les dio información acerca del origen, cómo se identifica, la prevalencia, y tratamiento médico del trastorno de pánico. Asimismo se les informó detalladamente de los efectos del estrés en este tipo de padecimiento.
2. Aprendizaje en control respiratorio.- Después de hablar de los efectos biológicos de la respiración incorrecta así como de los efectos disparadores que la hiperventilación tiene sobre los ataques de pánico y apoyados principalmente en el modelamiento, los terapeutas mostraban la forma incorrecta de respirar y enseguida se daban las indicaciones para realizar una respiración diafragmática correcta. Por último se daban instrucciones para realizar tareas en casa.
3. Entrenamiento en relajación muscular.- En este caso se introducía el tema con una explicación detallada de los fundamentos racionales de la relajación muscular y en seguida se realizaba una práctica con instrucciones de relajación grabadas en un audio cassette. Los participantes llevaban a la sesión un cassette propio en el cual se regrababan las instrucciones de modo tal que lo pudieran tener en casa para practicar el ejercicio por lo menos una vez al día.
4. Reestructuración cognoscitiva (mediante Terapia Racional Emotiva).- En este caso los terapeutas realizaban una exposición didáctica del esquema básico "ABC" de Albert Ellis describiendo como los pensamientos irracionales juegan un rol preponderante en la génesis del malestar psicológico. Se les enseñaba a identificar los pensamientos irracionales y a combatirlos para cambiarlos por otros más positivos.
5. Entrenamiento asertivo.- La exposición didáctica de esta técnica se enfocaba a enseñarles a distinguir entre conducta agresiva, pasiva y asertiva y a identificar su directa relación con la conducta no verbal. Posteriormente se

hablaba de la forma en que se ejercen y violan los “derechos personales” y se ejemplificaba la manera asertiva de hacer y recibir cumplidos así como de rechazar peticiones. Finalmente se demostraba cómo muchos problemas de interacción personal que en otro momento fueron causantes de mucho estrés se podían manejar de manera más eficiente haciendo uso combinado de la terapia racional emotiva, del entrenamiento asertivo y de las demás técnicas aprendidas.

Durante la primera sesión se les dio la bienvenida, se fomentó la integración del grupo y se les explicaron detalladamente los objetivos, programa de actividades y forma de trabajo. Posteriormente se entregó el material impreso que contenía la información psicoeducativa, seguido de la explicación de su contenido y de la aclaración de preguntas por parte del grupo.

En general el procedimiento que se siguió a partir de la primera y hasta la quinta sesión, consistió en dedicar la primera hora a hacer un repaso de dudas del material aprendido la sesión anterior y a la presentación teórica (de forma directiva y didáctica; y en su caso con apoyo en el modelamiento) de la nueva técnica seguida de la práctica correspondiente individualizada y grupal.

La segunda hora de la sesión se ocupó promoviendo que, uno a uno, los participantes hablaran de sus problemas, tanto los relacionados con los ataques de pánico como de los de su vida en general. A partir de la sexta sesión y hasta la sesión once las dos horas se dedicaban a escuchar los problemas de alguno de los integrantes del grupo que hasta ese momento no los hubieran expuesto.

En todo momento, y en especial durante la segunda hora de cada sesión, los coterapeutas fomentaban la participación verbal de los participantes de modo tal que pudieran externar sus pensamientos, sentimientos y opiniones ya fuera hacia la persona que exponía su caso o acerca de la problemática en general presente en ese

momento. Igualmente los terapeutas promovían que los problemas pensamientos y sentimientos de cada participante, y los comunes al grupo, fueran analizados y reinterpretados a través de las técnicas expuestas, y posteriormente retroalimentados con los puntos de vista del resto del grupo, de modo tal que los participantes recibieran señalamientos que les permitieran comprender y entender el origen de los mismos e iniciar acciones encaminadas a modificarlos de acuerdo con las técnicas psicológicas aprendidas apoyadas con el “insight” obtenido de la experiencia grupal.

Durante la sesión 12, se realizó el cierre y despedida del grupo para lo cual los terapeutas dieron retroalimentación a cada paciente de los cambios observados durante las sesiones y en los casos pertinentes se les hacían señalamientos referentes a los aspectos psicológicos descubiertos durante las sesiones que aún requerirían de trabajo terapéutico. También se promovió la retroalimentación de los compañeros del grupo. Acto seguido se les entregó nuevamente la batería de pruebas psicológicas. Un mes después del cierre de cada grupo, se realizó una tercera aplicación de las pruebas psicológicas a manera de seguimiento.

El grupo dos siguió el procedimiento tal como se describió para el grupo uno.

Por último se debe señalar que todos los participantes antes de iniciar la fase experimental, de acuerdo con los reglamentos internos del Instituto, debían tener por lo menos dos semanas usando el medicamento imipramina (antidepresivo tricíclico que no causa dependencia); las implicaciones de este hecho se analizan en la sección de conclusiones.

## RESULTADOS

Las características demográficas de los sujetos cuyos cuestionarios se incluyeron en el análisis estadístico corresponden a 15 pacientes (11 mujeres y 4 hombres), con una edad media de 36.53 años (D.E. =13.16).

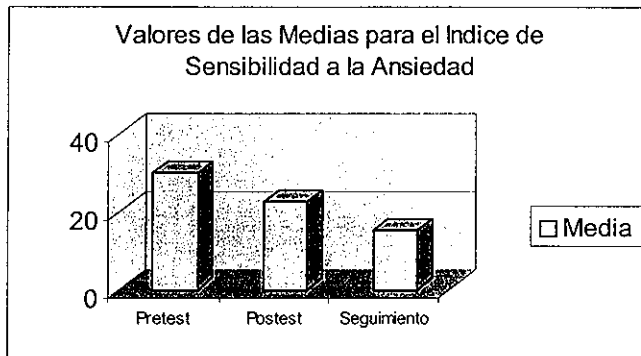
En cuanto al estado civil 26.7% eran solteros, 46.7% casados, 20% vivían en unión libre y 6.7% eran divorciados. La principal ocupación fue el hogar (60%), seguida de trabajar (33.3%) y de estudiar (6.7%).

Por último respecto a la escolaridad 20% había completado la primaria, 46.7% la secundaria, 6.7% la preparatoria y 6.7% la licenciatura. El 20% tenía una carrera comercial.

El análisis de las pruebas psicométricas, se realizó mediante análisis de varianza multivariada de medidas repetidas (MANOVA) contrastando el pretest con el posttest y el seguimiento para tres de las escalas utilizadas. Los resultados fueron:

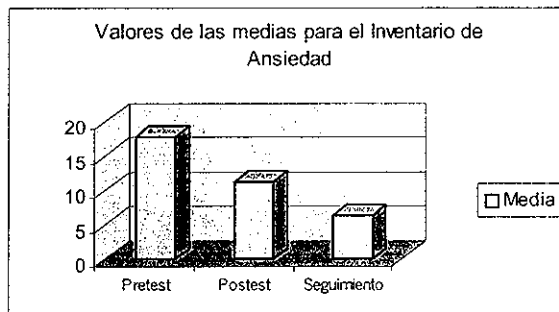
### Resultados del ISA:

Medias de Análisis de Varianza para el Índice de Sensibilidad a la Ansiedad		
	Media	Desv. Est.
Pretest	30.13	11.43
Posttest	22.67	11.21
Seguimiento	15.33	12.94
<b>F= 10.87, 2 g. L, p&lt;.002</b>		



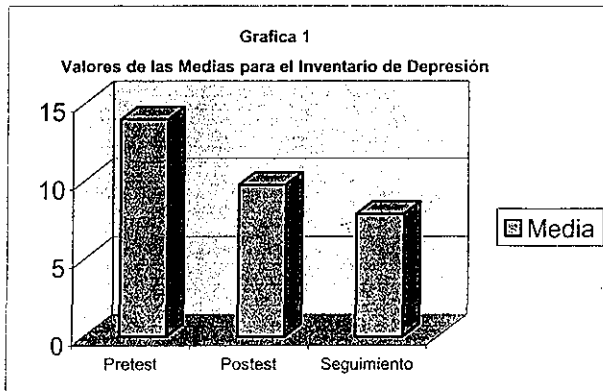
### Resultados del Inventario de Ansiedad de Beck (IAB)

Medias de Análisis de Varianza para el Inventario de Ansiedad		
	Media	Desv. Est.
Pretest	17.87	11.62
Posttest	11.27	8.50
Seguimiento	6.40	6.47
<b>F= 7.45, 2 g. l., p&lt;.007</b>		



## Resultados del Inventario de Depresión de Beck (IDB)

Medias de Análisis de Varianza para el Inventario de Depresión		
	Media	Desv. Est.
Pretest	13.93	9.25
Posttest	9.73	7.85
Seguimiento	7.87	7.84
<b>F= 4.17, 2 g. l., p&lt;.040</b>		



## Resultados del CAP:

Como se recordará las preguntas del CAP se agrupan en cuatro secciones que evalúan la ocurrencia de ataques de pánico. La primera recaba información socio demográfica. La segunda describe los ataques de pánico en base a los síntomas tipificados en el DSM el número de ataques durante las tres últimas semanas, y el tiempo de ocurrencia. La tercera sección solicita a quienes reportaron haber experimentado ataques de pánico, indicar las situaciones específicas, en las que los

experimentaron y por último, la sección cuarta recaba información acerca de la ocurrencia de ataques de pánico en algún miembro de la familia.

Por lo anterior, y con el fin de no incurrir en un error causado por la readministración del cuestionario en un tiempo relativamente corto entre las tres aplicaciones de la batería, los análisis estadísticos para determinar diferencias entre las pruebas se realizaron sólo con los reactivos de la segunda sección (específicamente las respuestas a la pregunta 13 que evalúan los síntomas; en los cuales sí sería factible encontrar alguna diferencia en las respuestas), y con los reactivos que evalúan la participación de aspectos cognoscitivos relacionados con los ataques de pánico (pregunta 17.- ¿Le preocupa pensar en un ataque de pánico? y pregunta 18.- ¿le preocupa el pensar que un ataque de pánico le traiga consecuencias tales como: perder el control, sufrir un infarto, o “volverse loco”?). Los resultados estadísticos no arrojaron diferencias significativas en ninguna de las tres preguntas.

#### Seguimiento cualitativo

La revisión de los expedientes clínicos, de los 25 pacientes, después de doce meses de terminadas las sesiones experimentales permitió confirmar que ninguno de ellos cumplió los requisitos para el diagnóstico de trastorno de personalidad en el eje II. Ocho del total tenía rasgos de personalidad de lo que se conoce como cluster “C”; personas ansiosas, dependientes.

Dos del total tenían experiencia en consumo de marihuana y drogas por periodos cortos de tiempo. Otros dos habían abusado del café, seis presentaban tabaquismo y cinco alcoholismo social.

De la información escrita en la nota clínica por los psiquiatras (de la cita más reciente al momento de la revisión del expediente) se concluyó que 15 (60%) de los pacientes habían logrado remisión total de la sintomatología asociada con los





ataques de pánico. Cinco de ellos (20%) no habían regresado a consulta. Dos de los pacientes (8%) habían sufrido recaída y se habían recuperado rápidamente reinstalando el medicamento y finalmente 3 de ellos (12%) había sufrido recaídas leves.

#### Aspectos cualitativos de los resultados:

Las observaciones clínicas y cualitativas de los coterapeutas, resultantes de la experiencia obtenida durante las sesiones terapéuticas, permitieron concluir que las principales situaciones de vida que se asocian y actúan como disparadores de los ataques de pánico de estos pacientes fueron:

En general son personas muy temerosas, evitativas. Tienen miedo a la muerte personal o de algún familiar. Padedieron maltrato en la infancia y vivieron en angustia por el trato duro y el rechazo del padre alcohólico.

En otros casos se observaron importantes problemas de pareja y problemas de relaciones interpersonales.

También se observó que los ataques de ansiedad se asociaban al hecho estresante de haber asumido la responsabilidad de ser cuidador de una persona con algún problema crónico.

En otros casos, además de incesto se encontró estrés crónico, fuerte necesidad de afecto, perfeccionismo y abuso sexual.

Las situaciones de vida que parecen asociarse con la génesis, en la infancia, del trastorno son: sobreprotección, peleas en casa, duelo no superado y asumir en la infancia responsabilidades no propias de la edad

Las situaciones que parecen asociarse con la génesis, en la edad adulta, son: asalto, bloqueo del llanto (no poder llorar), problemas con familiares del conyuge (odios), no poder manejar el enojo, experimentar frustración o resentimiento por

metas truncadas o por no haber podido iniciarlas, falta de información sobre sexualidad.

También se puede hipotetizar que son importantes causas de origen el asumir cargas emocionales fuertes y crónicas (por ejemplo, regalar a un hijo y no volverlo a ver, perder a un hijo en un accidente y sentirse culpable de la muerte).

Finalmente otra observación relevante fue el hecho de que los coterapeutas encontraron resistencias por parte de los pacientes para contestar los cuestionarios en la etapa de seguimiento porque según el informe verbal de varios de ellos leer las preguntas les causaba conflicto y miedo a “sufrir una regresión”. Lo anterior permite concluir clínicamente que estos pacientes experimentan una gran dificultad e inseguridad para realizar tareas simples.

## CONCLUSIONES DE LA FASE TRES

Con base en los resultados descritos se concluye que la modalidad terapéutica descrita en el procedimiento contribuye a propiciar cambios clínicos importantes en los pacientes.

Las diferencias estadísticas encontradas entre las tres mediciones para cada escala utilizada muestran que la reducción de síntomas cognoscitivos y somáticos se asocia con el proceso terapéutico psicológico. Los resultados muestran que el efecto del proceso terapéutico parece ser mayor sobre la ansiedad y la sensibilidad a la ansiedad que sobre la depresión como lo indican los valores  $F$  y el nivel de significancia obtenidos en el análisis de varianza. Tal como se señaló en los resultados no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el cuestionario de ataques de pánico. El anterior resultado, en parte lo explica el hecho de que el escrutinio individual de los cuestionarios mostró que desde el pretest los síntomas se presentaban con menor intensidad y frecuencia (quizá por efecto del medicamento). No obstante, algunos de ellos tuvieron recaídas esporádicas y la manifestación de esos síntomas quedaron reflejadas en el postest y en el seguimiento. Sin embargo, las observaciones de tipo clínico sugieren que ocurrieron cambios hacia la mejoría aún en estos casos.

Finalmente, la modalidad de 12 sesiones se debe considerar como un proceso de terapia breve porque la experiencia clínica demostró que los pacientes requieren de un apoyo psicoterapéutico personal y más a mediano, e incluso a largo, plazo. Lo anterior parece contradecir lo descrito en la literatura en la cual con protocolos terapéuticos muy directivos los pacientes logran permanecer asintomáticos después de 24 meses (Brown y Barlow, 1995). Sin embargo es importante tener presente que ningún paciente (psiquiátrico, con enfermedad crónica o aguda) pierde sus características sociales, grupales o culturales.

Finalmente una desventaja del proceso de 12 sesiones grupales es no poder dar plena atención a aspectos “demasiado particulares” de la problemática de cada individuo debido a que ello inmediatamente causaba la distracción y pérdida de interés del resto del grupo.

## DISCUSIÓN GENERAL

Los principales resultados de la fase uno mostraron que fue posible adaptar y estandarizar a población mexicana la escala ISA y el cuestionario CAP.

Contar con cuestionario como el Índice de Sensibilidad a la Ansiedad es relevante porque hace posible disponer de un instrumento de medición directamente relacionado con el constructo Sensibilidad a la Ansiedad, mismo que de acuerdo con lo señalado en la revisión de la literatura ha probado ser un elemento determinante en la identificación del miedo asociado a las sensaciones relacionadas con la ansiedad que acompañan a los ataques de pánico (Cox et al, 1991; Cox et al., 1995b; Taylor, 1995; Taylor y Cox, 1997). Una ventaja adicional de haber validado este instrumento es que los datos de investigación que se recaben en México podrán ser equiparables con los de otras investigaciones tanto nacionales como internacionales.

No obstante, lo anterior, aún hace falta continuar el trabajo psicométrico que permita evaluar la validez concurrente, la confiabilidad test-retest. También, es importante señalar que los resultados del presente trabajo apoyan la validez transcultural entre la escala original, la versión española (Sandin et al. 1996) y la estandarizada en población mexicana.

En lo referente al CAP, las respuestas a las preguntas de este cuestionario permitieron concluir que los síntomas, situaciones y forma de ocurrencia de los ataques de pánico de la muestra de este estudio son los mismos que los señalados en la literatura de investigación. El resultado anterior apoya la universalidad del constructo "ataques de pánico" al corroborar que en la cultura mexicana no se detectan síntomas diferentes a los observados a nivel internacional.

Es importante recordar que el Cuestionario de Ataques de Pánico es un instrumento de cotejo, no un instrumento para diagnóstico, sin embargo al combinar y filtrar las respuestas a las preguntas que cumplieron los criterios

clínicos para el diagnóstico (Witchen y col. 1991; First, et al. 1997), mostró que de los 400 estudiantes encuestados sólo 16 (4%) de reunían los requisitos para diagnosticar ataque de pánico. El dato anterior difiere de lo encontrado en otros estudios epidemiológicos, realizados con población general, (Berenson et al. 1998; Medina-Mora et al. 1997), quienes han encontrado una prevalencia del 1.5%.

En cuanto a si otros integrantes de su familia han experimentado ataques de pánico, los entrevistados reportaron que 3.2% (N= 13) las mamás; 1.2% (N= 5) los papás; 0.75% (N= 3) el hermano y 1% (N= 4) la hermana.

Tal como se señaló en las conclusiones de la fase dos la muestra empleada se consideró como representativa de las características particulares de pacientes psiquiátricos de consulta externa. La media de edad de los participantes fue 37.8 años con una desviación estándar de 10.7 años, lo que parece confirmar que este trastorno prevalece entre los 20 y los 40 años (Krystal et al., 1992), aunque con base en la desviación estándar se aprecia un sesgo por arriba de los cuarenta años.

En cuanto a determinar si las escalas correlacionaban, los resultados estadísticos permitieron concluir que las escalas ISA e IAB correlacionaron aceptablemente ( $r=.6084$ ), lo cual brinda confiabilidad psicométrica respecto a la medición de variables asociadas con la ansiedad. Por otra parte, era de esperarse que la correlación con la depresión fuera menor, lo cual concuerda con los hallazgos de la literatura internacional en el sentido de que la ansiedad y la depresión en adultos y adolescentes coexiste (Beck et al. 1987).

En cuanto a la utilidad predictiva se encontró que las escalas IAB, ISA e IDB actúan cada una como variable predictora de las otras. Lo anterior resulta relevante debido a que en un sentido práctico y de urgencia el sólo aplicar y calificar una de ellas permitiría, con cierta confianza, suponer que los puntajes en las otras escalas serían similares.

A diferencia de la fase uno en este caso el CAP fue contestado por pacientes psiquiátricos y al igual que en la fase uno los resultados analizados fueron aquellos que cumplieron el criterio diagnóstico con los filtros establecidos para diagnóstico psiquiátrico. Al igual que con la muestra de estudiantes los síntomas, situaciones y forma de ocurrencia de los ataques de pánico de la muestra de este estudio son los mismos que los señalados en la literatura científica (American Psychiatric Association, 1994), con la característica de que los pacientes psiquiátricos informaron experimentar mayor número de ataques "inesperados"; lo cual es distintivo de los ataques de pánico ya que no ocurre en otros trastornos de ansiedad.

En cuanto a la identificación de factores de crianza que se puedan asociar con la etiología de los ataques de pánico, entre las características de la muestra total en base al SEViC se encontraron puntajes altos en los factores: peleas a gritos, amenazas de divorcio, peleas con violencia frente a hijos y experiencias negativas, falta de atención, bajo prestigio familiar y castigo muy severo. Un hallazgo novedoso en esta muestra de sujetos fue que los pacientes con diagnóstico de trastorno por ansiedad generalizada obtuvieron frecuencias altas en la mayoría de los factores de riesgo al igual que ocurre con el trastorno de pánico.

El análisis estadístico de regresión múltiple mostró como sobresaliente al factor "experiencias negativas" para la predicción de ansiedad y depresión. La experiencia negativa que más se asocia con los ataques de pánico fue "maltrato de un ser querido", no obstante "violación, accidente y enfermedad" también se asociaron, aunque en menor grado.

Finalmente los puntajes altos obtenidos en la escala Índice de Sensibilidad a la Ansiedad concuerdan con la propuesta de que ésta es un factor de riesgo para identificar a los ataques de pánico (Brown y Deagle, 1992).

Los principales resultados de la fase tres permiten concluir que la modalidad terapéutica grupal es útil para propiciar cambios clínicos importantes en los pacientes.

Aunque las diferencias estadísticas encontradas entre las tres mediciones hechas parecen indicar que la reducción de síntomas cognoscitivos y somáticos se asocia con el proceso terapéutico psicológico, ya que indudablemente existe una influencia del medicamento en el efecto terapéutico cuyo grado de participación no se puede identificar ni distinguir. La única forma de someter a prueba el efecto anterior es con un diseño experimental que contemple el contar con un grupo control de pacientes que reciban el proceso psicoterapéutico sin administración de medicamento. Cabe señalar que originalmente se planeó dicho diseño, sin embargo en cumplimiento de las normas éticas para el trabajo con sujetos humanos, y las reglas y procedimientos para la aprobación de protocolos de investigación internos y externos, el Instituto Nacional de Psiquiatría no permite el uso de grupos control pero sí fomenta que se brinde el mejor tratamiento posible.

De cualquier manera, los resultados muestran que el efecto del proceso terapéutico es mayor sobre la ansiedad y la sensibilidad a la ansiedad que sobre la depresión como lo indican los valores F y el nivel de significancia obtenidos en el análisis de varianza.

La experiencia obtenida en la fase tres concuerda con la literatura internacional en el sentido de que el tratamiento combinado farmacológico y cognitivo conductual resulta ser muy efectivo para el tratamiento de este padecimiento.

Pasando a otro aspecto, se recomienda que en otros estudios el cuestionario de ataques de pánico se utilice en su totalidad como medida pretest para identificar las características del trastorno y cuando se pretenda utilizar como medida repetida para evaluar el posible cambio de síntomas se utilice sólo la parte correspondiente.



El hecho de no haber encontrado diferencias estadísticamente significativas en esta fase se debió muy probablemente , una vez más, al efecto del medicamento (se recordará que los pacientes tenían al menos dos semanas con tratamiento farmacológico antes de contestar la batería de pruebas por primera vez).

En cuanto a la modalidad de 12 sesiones de terapia directiva cognoscitivo conductual, se confirma la tendencia encontrada en la literatura respecto a que es un número de sesiones suficiente para lograr cambios (Barlow et al, 1989; Keijsers et al. 1994; Van Balkom et al. 1997) e incluso los pacientes logran permanecer asintomáticos después de 24 meses (Brown y Barlow, 1995). No obstante lo anterior, la experiencia clínica en los grupos de la fase tres demostró que además de los componentes directivos de la terapia resulta muy importante el efecto grupal en el cual los pacientes pueden externar las preocupaciones y problemas de su vida en general, pues ello permite identificar, en casi todos los casos, la forma en que esa problemática se asocia y se refleja específicamente en los ataques de pánico. Lo anterior parecería contradecir lo descrito en la literatura científica en la cual los protocolos terapéuticos muy directivos han resultado ser efectivos. Se desconoce la razón, que no sea por utilidad práctica, por la cual no hay informes en la literatura científica que incluyan en sus protocolos el manejo de aspectos problemáticos de la vida cotidiana y no sólo lo relativo al proceso directivo de los elementos básicos del trastorno de pánico pues consideramos que es muy importante tener presente que ningún paciente (psiquiátrico, con enfermedad crónica o aguda) pierde sus características sociales, grupales o culturales. Por lo anterior, si no del todo novedosa, la modalidad de coterapia grupal de la fase tres parece ser muy promisoría en cuanto a su efectividad por lo cual merece ser explorada con mayor detenimiento.

Entre los aspectos relevantes de los resultados cualitativos de la terapia resulta significativo que los pacientes durante la administración de la batería

psicológica en la etapa de postest y en el seguimiento señalaran verbalmente tener miedo a la regresión. Lo anterior, en primera instancia nos llevaría a pensar clínicamente que aún hay aspectos no resueltos ya sea porque la terapia no fue efectiva o porque no se identificaron para incorporarlos en el proceso psicoterapéutico. En este caso la explicación más factible podría ser que no obstante que los pacientes lograron cambios (particularmente cognoscitivos) hacia la reducción de su sintomatología, aún requieren de más tiempo para consolidar los cambios cognoscitivos que les permitan controlar sus temores. Lo anterior se podría determinar diseñando estudios que permitieran tener mediciones psicométricas de tipo longitudinal.

Una de las principales aportaciones del presente trabajo sería, además de haber dado los primeros pasos en la apertura de una línea de investigación psicológica sobre el trastorno de ansiedad, haber aportado instrumentos psicológicos y experiencia clínica que seguramente permitirán dar continuidad a la investigación psicológica que se extienda a toda la gama de trastornos de ansiedad. Por lo anterior, con base en las conclusiones expuestas y en el estado actual de la investigación sobre este tema en nuestro país, el trabajo futuro sobre esta área debería enfocarse a:

Construir instrumentos de diagnóstico psicológico; en su defecto estandarizar la entrevista estructurada SCID (First et al. 1979), y/o promover el uso de la entrevista estructurada CIDI (Witchen et al. 1991). En el caso de construir una entrevista psicológica se deberá garantizar que el profesionista médico o psiquiatra realice la evaluación pertinente que permita descartar organicidad y el uso sustancias.

Se deberán construir y/o validar instrumentos que midan la ansiedad en niños de modo tal que se recabe información que arroje luz sobre la ocurrencia o no de

ataques de pánico en la infancia además de poder realizar una precisa diferenciación con el trastorno de personalidad por evitación.

Se deberán realizar estudios que evalúen si la recurrencia de la “preocupación” es un posible factor de riesgo patogénico para este trastorno.

Se deberán diseñar estudios que permitan estudiar la continuidad del trastorno de pánico de la niñez a la adolescencia y a la edad adulta. Lo anterior permitiría también llegar a conocer el curso clínico de este padecimiento así como el impacto que la ansiedad puede tener en el desarrollo del individuo.

Un aspecto de primordial relevancia sería estudiar cuál es la frecuencia, características e impacto de aquellos síntomas de ansiedad que no llegan a cumplir los criterios del DSM.

Sería conveniente realizar un seguimiento longitudinal sistemático a los pacientes con diagnóstico psiquiátrico a fin de obtener información que apoye o rechace las observaciones hechas en el sentido de que los ataques de pánico parecen disminuir con la edad, a los 54 años en las mujeres y a los 65 en los hombres.

Se deberán realizar estudios que permitan precisar la eficacia del tratamiento psicológico en niños.

Finalmente, otro punto relevante sería evaluar desde el inicio de una intervención grupal o individual los rasgos de personalidad que permitan con claridad ajustar los procedimientos de intervención ya que la literatura que estudia la personalidad señala que ésta es un fenómeno psicológico persistente y de cambio lento y a largo plazo. Con base en si el diagnóstico identifica o no la presencia de trastorno de la personalidad, se podrían hacer pronósticos respecto a que tipo de pacientes responderían mejor a las intervenciones terapéuticas.

## REFERENCIAS

Aiken R.L. (1996) *Tests Psicológicos y Evaluación*. Edit Prentice Hall, Octava edición, México D.F.

Albus M., Lecubrier Y., Maier W., Buller R., Rosenberg R., y Hippius H. (1992). Drug treatment of panic disorder: early response to treatment as a predictor of final outcome. *Acta Psychiatrica Scandinavica.*, 82: págs. 359-365.

American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fourth Edition. Washington.

Andersch S., Rosenberg K.N., Kullingsjö H., Ottosson J-O, Bech P., Bruun-Hansen J., Hanson L., Lorentzen K., Møllergaard M., Rasmussen S., y Rosenberg R. (1991) Efficacy and safety of alprazolam, imipramine and placebo in treating panic disorder: A Scandinavian multicenter study. *Acta Psychiatrica Scandinavica.*, Suplemento 365: págs. 18-27.

Andrews, G., Crino R., Hynt C., Lampe L., y Page. (1994) *The treatment of Anxiety Disorders*. Cambridge. University Press. USA.

Angst, J. y Vollrath M. (1991) The natural history of anxiety disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84, págs. 446-452.

Antony M.M., Brown A.T., y Barlow H.D. (1992) Current perspectives on panic and panic disorder. *Current Directions in Psychological Science*, Vol. 1, No. 3, pp- 79-82.

Argyle N., Deltito J., Allerup P., Maier W., Albus M., Nutzinger D., Rasmussen S., Ayuso L.J., y Bech P. (1991) The panic-associated symptom scale: measuring the severity of panic disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica.*, 83: págs. 20-26.

Austin W.D., Richards C.J. (2001) The catastrophic misinterpretation model of panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1277-1291.

Barlow H.D., Craske G.M., Cerny A.J., Klosko S.J. (1989) Behavioral treatment of panic disorder. *Behavior Therapy*, 20, págs. 261-282.

Barsky J.A., Cleary D.P., Sarnie K.M., y Ruskin N.J. (1994) Panic disorder, palpitations, and the awareness of cardiac activity. *Journal of Nervous and Mental Disease*, Vol. 182, No. 2, pp. 63-71.

Battaglia M., Bertella S., Politi E., Bernardeschi L., Perna G., Gabriele A., y Bellodi L. (1995) Age anxiety disorder. *American Journal of Psychiatry*; 152 págs 1362-1364.

Beck G.J. y Zebb J.B. (1994) Behavioral assessment and treatment of panic disorder: current status, future directions. *Behavior Therapy*, 25, 581-611.

Beck G.J., Berisford M.A., Taegtmeier H., y Bennet A. (1990) Panic symptoms in chest pain without coronary artery disease: a comparison with panic disorder. *Behavior Therapy*, 21, 241-252.

Beck T.A., y Clark A.D. (1997) An information processing model of anxiety: Automatic and strategic processes. *Behavior Research and Therapy*, Vol. 35, No. 1, pp 49-58.

Beck T.A., Brown G, Steer A.R., Eidelson I.J., y Riskind H.J. (1987) Differentiating Anxiety and Depression: A test of the Cognitive Content-Specificity Hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, Vol. 96, No. 3, pp179-183.

Beitman B., Thomas M.A., y Kushner G.M. (1992) Panic disorder in the families of patients with normal coronary arteries and non-fear panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, Vol.30, No. 4, págs 403-406.

Bengt E., y Ö L-G. (1995) Cognitive bias in panic disorder patients and changes after cognitive-behavioral treatments. *Behaviour Research and Therapy*, Vol. 33, No.5, págs.585-588.

Berenson S., Medina-Mora M.E., López E.K., y González J. (1998) Prevalencia de trastornos mentales y variables asociadas en cuatro comunidades del sur de la Ciudad de México. *Revista Mexicana de Psicología*, Vol. 15, No. 2, págs. 177-185.

Berlanga C., Canneti A., Chávez E., de la Fuente J.R., Lara M.C. León C., Nicolini H., Ontiveros M. Ortega S.H. y Sepúlveda J. (1991) Tratamiento farmacológico de las crisis de angustia. Reporte comparativo de la eficacia y

seguridad del alprazolam y la imipramina en un estudio controlado. *Salud Mental*, 14, 1, págs. 1-5.

Berlanga, C. (1996) Evaluación clínica y tratamiento de los pacientes con trastornos de angustia Estado actual y perspectivas. *Salud Mental*, V. 19, No. 4, págs. 52-57

Birket-Smith M., Hasle N., y Jensen H.H. (1993) Electrodermal activity in anxiety disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica.*, 88: págs. 350-355

Borkovec D.T. e Inz J. (1990) The nature of worry in generalized anxiety disorder: a predominance of thought activity. *Behaviour Research and Therapy*, Vol. 28, No. 2, págs. 153-158.

Brown, A.T., y Cash F.T. (1989) The phenomenon of panic in nonclinic populations: further evidence and methodological considerations. *Journal of Anxiety Disorders*, Vol. 3, pp.139-148.

Brown, A.T. y Deagle A.E. (1992) Structured interview assessment of nonclinical panic. *Behavior Therapy*, 2, págs. 75-85.

Brown, A.T. y Barlow H.D. (1995) Long-term outcome in cognitive-behavioral treatment of panic disorder: Clinical predictors and alternative strategies for assessment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 63, No. 5, págs. 754-765.

Brown, A.T., Choripta F.B., Korotitsch W., y Barlow H.D., (1997) Psychometric properties of the depression anxiety stress scales (DASS) in clinical samples. *Behaviour Research and Therapy*, Vol 35, No. 1, pp. 79-89.

Bruce J.T., Spiegel A.D., Greeg F.S., y Nuzzarello A. (1995) Predictors of alprazolam discontinuation with and without cognitive behavior therapy in panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152: 8, págs. 1156-1160.

Caraveo-Anduaga J., Medina-Mora M.E., Rascón M.L., Villatoro J., Martínez-Vélez A., y Gómez M. (1996) La prevalencia de los trastornos psiquiátricos en la población urbana adulta en México. *Salud Mental*, V. 19, No. 3, págs. 14-21.

Cautela R.J. (1994) The use of the anxiety meter to reduce anxiety. *Behavior Modification*, Vol. 18, No. 3, págs. 307-319.

Chambles L.D., y Gillis M.M. (1993) Cognitive therapy of anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 61, No.2, págs. 248-260.

Chambless L.D., Caputo C.G., Brigh P., y Gallagher R. (1984) Assessment of fear of fear in agoraphobics: the body sensations questionnaire and the agoraphobic cognitions questionnaire. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 52, No. 6, 1090-1097.

Charney S.D., Woods W.S., Krystal H.J., Nagy M.L. y Heninger R.G. (1992) Noradrenergic neuronal dysregulation in panic disorder: the effects of intravenous yohimbine and clonidin in panic disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica.*, 86: págs. 273-282.

Clark M. D. (1986) A Cognitive Approach to Panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 461-470.

Clark M. D., Salkovskis M.P., y Chalkley J.A., (1985) Respiratory control as treatment for panic attacks. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, Vol. 16, No. 1, pp. 23-30.

Clark M.D. (1993) Cognitive mediation of panic attacks induced by biological challenge tests. *Advances in Behaviour Research and Therapy*. Vol. 15, págs 75-84.

Clum A.G., Clum A.G., y Surls R. (1993) A meta-analysis of treatments for panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 61, No. 2, págs. 317-326.

Côté, G., Gauthier G.L., Laberger B., Cormier J.H., Plamondon J. (1994) Reduced therapist contact in the cognitive-behavioral treatment of panic disorder. *Behavior Therapy*, 25, 123-145.

Cox J.B., Endler S.N., Swinson P.R., y Norton R.G. (1992) Situations and specific coping strategies associated with clinical and non clinical panic attacks. *Behaviour Research and Therapy*, Vol. 30, No. 1, págs. 67-69.

Cox J.B. y Swinson P.R. (1994) Overprediction of fear in panic disorder with agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, Vol. 32, No. 7, págs. 735-739.

Cox J.B., Endler S.N., y Swinson P.R. (1995a) An examination of levels of agoraphobic severity in panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, Vol. 33, No. 1, págs. 57-62.

Cox J.B., Norton R.G., Swinson P.R., y Endler S.N. (1990) Substance abuse and panic-related anxiety: a critical review. *Behaviour Research and Therapy*, Vol. 28, No. 5, págs. 385-393.

Cox J.B., Swinson P.R., Norton R.G., y Kuch K. (1991) Anticipatory anxiety and avoidance in panic disorder with agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, Vol. 29, No. 4, págs. 363 -365.

Cox. J.B., Endler S.N., y Swinson P.R. (1995b) Anxiety sensitivity and panic attack symptomatology. *Behaviour Research and Therapy*, Vol. 33, No. 7, págs. 833-836.

Cox J.B., Enns W.M., Walker R.J., Kjernisted K., y Pidlunby R.S. (2001) Psychological vulnerabilities in patients with major depression vs panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 567-573.

Craske G.M., Maidenberg E., y Bystritsky A. (1995) Brief cognitive-behavioral versus nondirective therapy for panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, Vol. 26, No.2, págs. 113-120.

Craske G.M., y Zucker G.B. (2001) Considerations of the APA practice guideline for the treatment of patients with panic disorder: strengths and limitations for behavior therapy. *Behavior Therapy*, 32, 259-281.

Davey C.G., De Jong P., y Tallis F. (1993) UCS Inflation in the aetiology of a variety of anxiety disorders: some case histories. *Behaviour Research and Therapy*, Vol. 31, No. 5, pp. 495-498.

Donnell, D. C., & McNally, J.R. (1989) Anxiety Sensitivity and History of Panic as Predictors of response to Hyperventilation. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 325-332.



Donnell, D. C., & McNally, J.R. (1990) Anxiety sensitivity and Panic Attacks in a Nonclinical Population. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 83-85

Eaton W.W., Kessler C.R. Wittchen U. H., y Magee J.W. (1994) Panic and panic disorder in the United States. *American Journal of Psychiatry*; 151 págs 413-420.

Ehlers A. (1993) Interoception and panic disorder. *Advances in Behaviour Research and Therapy*. Vol. 15, págs. 3-21

Ehlers A., y Breuer P. (1992) Increased cardiac awareness in panic disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, Vol. 101, No. 3, 371-382.

Ehlers A., Margraf J., Roth T.W., Taylor C.B. y Birbaumer N. (1988) Anxiety induced by false heart rate feedback in patients with panic disorder. *Behavior Therapy*, Vol. 26, No. 1, pp. 1-11.

Faravelli C., Pallantini S., Biondi F., Paterniti S., y Scarpato A. (1992) Onset of panic disorder. *American Journal of Psychiatry*; 149 págs 827-828.

First, M.B., Spitzer R.L., Gibbon, M. & Williams J.B.W. (1979) *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders-Clinical Version (SCID-IV)*. Washington, DC, American Psychiatric Press.

Geisinger F.K. (1994) Cross-cultural normative assessment: Translation and adaptation issues influencing the normative interpretation of assessment instruments. *Psychological Assessment*., Vol. 6, No. 4, 304-312.

George T.D., Nutt J.D., Dwyer A.B., y Linnolia M. (1990) Alcoholism and panic disorder: is the comorbidity more than coincidence. *Acta Psychiatrica Scandinavica*., 81: págs. 97-107.

Glasgow E.R., y Rosen M.G., (1978) Behavioral bibliotherapy: a review of self-help behavior therapy manuals. *Psychological Bulletin*, Vol. 85, No. 1, 1-23.

Gorman, M.J., Leibowitz, R.M., Fyer, J.A. & Stein, J. (1989) A Neuroanatomical Hypothesis for Panic Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 146, 148-161.

Gould A.R., y Clum A.G. (1995) Self-help plus minimal therapist contact in the treatment of panic disorder: A replication and extension. *Behavior Therapy*, 26, págs. 533-546.

Gross, R.P., & Eifert, H.G. (1990) Components of Generalized Anxiety: The Role of Intrusive Thoughts vs Worry. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 421-428.

Hayward, Ch., Killen, D.J., & Taylor, B.C. (1989) Panic Attacks in Young Adolescents. *American Journal Psychiatry*, 146, 1061-1062.

Hayward Ch., Killen D.J., Kraemer C.H., y Taylor B. (2000) Predictors of panic attacks in adolescents. *Journal of American Academic Children and adolescent Psychiatry*, 39, 2, 207-214.

Hecker E.J. y Thorpe L.G. (1992) *Agoraphobia and panic. A guide to psychological treatment*. Edit. Allyn and Bacon. estados Unidos.

Hegel T.M. , Ravaris L.C., Ahles A.T. (1994) Combined cognitive-behavioral and time-limited alprazolam treatment of panic disorder. *Behavior Therapy*, 25, 183-195.

Hedley, L.M., Hoffar A., Dammen T., Ekeberg O., y Friis S. (2000). The relationship between cognitions and panic attack intensity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, 300-302.

Hernández G. L., y Sánchez S. J. J. (1991) Prevención primaria del deterioro psicológico: factores de riesgo y análisis etiológico a través de un modelo interactivo. *Revista Mexicana de Psicología*, Vol. 8, Núms. 1 y 2, págs. 83-90.

Hernández G. L., y Sánchez S. J. J. (1997) Factores de riesgo asociados con la disfunción psicológica en el niño y el adolescente. *Revista Psicología Contemporánea*, Año 4, Vol.4, Núm. 1, págs. 24-37.

Hernández, H.R., Fernández, C.C. y Baptista, L.P. (1991) *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw-Hill.

Hernández-Guzmán L., y Sánchez-Sosa J. J. (1996) Parent-child interactions predict anxiety in mexican adolescents. *Adolescence*, Vol 31, No. 124, págs. 955-963.

Hoehn-Saric R., McLeod R.D., y Zimmerli D.W. (1991) Psychophysiological response patterns in panic disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica.*, 83: págs.4-11.

Holloway W. Y McNally R. (1987) Effects of anxiety sensitivity on the response to hyperventilation. *Journal of Abnormal Psychology*, Vol. 96, No. 4, 330-334.

Huppert J.D., Bufka F.L., Barlow H.D., Gorman M.J., Shear M. K. (2001). Therapists, Therapist variables, and cognitive-behavioral therapy outcome in multicenter trial for panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 69, No. 5, 747-755.

Kashani, H.J., & Orvaschel, H. (1988) Anxiety Disorders in Mid-Adolescence: A Community Sample. *American Journal of Psychiatry*, 145, 960-964.

Katerndahl A.D. (1990) Comparison of panic symptom sequences and pathophysiologic models. *Journal of Behavior research and Experimental Psychiatry*, Vol. 21, No. 2, pp. 101-111.

Katerndahl A.D., y Realini P.J. (1993) Life time prevalence of panic states. *American Journal of Psychiatry*; 150 págs 246-249.

Keedwell P. Y Snaith P.R. (1996) What do anxiety scales measure? *Acta Psychiatrica Scandinavica.*, 93: págs. 177-180.

Keijsers P.G., Hoogduin A.C., Schaap C.P. (1994) Prognostic factors in the behavioral treatment of panic disorder with and without agoraphobia. *Behavior Therapy*, Vol. 25, págs. 689-708.

Keijsers P.G., Schaap C.P., Hoogduin A.C. y Lammers W. M. (1995) Patient-therapist interaction in the behavioral treatment of panic disorder with agoraphobia. *Behavior Modification*, Vol.19, No. 4, págs. 491-517.

Kenardy J., Evans L., Oei P.S.T. (1988) The importance of cognitions in panic attacks. *Behavior Therapy*, 19, 471-483.

Klein E., Colin V., Stolk J., y Lenox H.R. (1994) Alprazolam withdrawal in patients with panic disorder and generalized anxiety disorder: vulneravility and effect of carbamazepine *American Journal of Psychiatry*, 151, 12, 1760-1766.

Klein E., Zinder O., Colin V., Zilberman I., Levy N., Greenberg A., y Lenox H.R. (1995) Clinical similarity and biological diversity in the response to alprazolam in patients with panic disorder and genralized anxiety disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica.*, 92: págs. 399-408.

Kushner, G.M., Sher J.K. y Beitman D.B. (1990) The relation between alcohol problems and the anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 151, 12, 1760-1766.

Krystal H.J., Leaf J.P., Bruce L.M., y Charney S.D. (1992) Effects of age and alcohol on the prevalence of panic disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica.*, 85: págs. 77-82.

Lara M.C., Ontiveros M., Berlanga C. y De la Fuente J.R. (1988) Diferencias entre crisis de angustia y ansiedad generalizada en la escala de Hamilton para ansiedad. *Salud Mental*, V. 11, No. 4, págs 7-10.

Lecrubier Y., y Judge R. (1997) Long-term evaluation of paroxetine, clomipramine and placebo in panic disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica.*, 95: págs. 153-160.

Ley R. (1985) Agoraphobia, the panic attack and the hyperventilation syndrome. *Behaviour Research and Therapy*, Vol. 23, No. 1, págs. 79-81.

Ley R. (1987) Panic disorder and agoraphobia: fear of fear or fear of the symptoms produced by hyperventilation. *Behaviour Research and Therapy*, Vol. 18, No.4, págs. 305-316.

Ley R. (1988) Panic attacks during relaxation and relaxation induced anxiety: a hyperventilation interpretation. *Behaviour Research and Therapy*, Vol. 19, No.4, págs. 253-259.

Ley R. (1992a) A hyperventilation interpretation of the termination of panic attacks: a reply to Van Den Hout, De Jong, Zandbergen y Merckelbach (1992) *Behaviour Research and Therapy*, Vol. 30, No. 2, págs. 191-192.

Ley R. (1992b) The many faces of pan: psychological and physiological differences among three types of panic attacks. *Behaviour Research and Therapy*, Vol. 30, No. 4, págs. 347-357.

Lilienfeld O.S., Jacob G.R., y Turner M.S. (1989) Comment on Holloway and McNally's (1987) "Effects of anxiety sensitivity on the response to hyperventilation". *Journal of Abnormal Psychology*, Vol. 98, No. 1, 100-102.

Lilienfeld O.S., Turner M.S., y Jacob G.R. (1993) Anxiety sensitivity: an examination of theoretical and methodological issues. *Advances in Behaviour Research and Therapy*. Vol. 15, págs 147-183.

Manicavasagar V. S.D. (1993) Adults who feared school: is earle separation anxiety specific to the pathogenesis of panic disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 88, págs. 385-390.

Margraf J. (1993) Hyperventilation and panic disorder: a psychophysiological connection. *Advances in Behaviour Research and Therapy*. Vol. 15, págs. 47-74.

Margraf J., Barlow H.D., Clark M.D., y Telch J.M. (1993) Psychological treatment of panic: work in progress on outcome active ingredients, and follow-up. *Behaviour research and Therapy*, Vol 31, No. 1, págs. 1-8.

Mathews A. (1990) Why worry? The cognitive function of anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, Vol. 28, No. 6, págs. 455-468.

McIntyre M.I., Judd K.F., Burrows D.G., Armstrong M.S., y Norman R.T. (1990) Plasma concentrations of melatonin in panic disorder. *American Journal of Psychiatry*; 147 págs. 462-464.

McNally J.R. (1990) Psychological Approaches to panic Disorder: A review. *Psychological Bulletin*, 108, 403-419.

McNally J.R. (1995) Automaticity and the anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, Vol.33, No. 7, págs. 747-754.

McNally J.R., Hornig D. Ch. , y Donnell D. Ch. (1995) Clinical versus nonclinical panic: a test of suffocation false alarm theory. *Behaviour Research and Therapy*, Vol. 33, No. 2, págs. 127-131.

McNally J.R., Riemann C.B. y Kim E. (1990) Selective processing of threat cues in panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, Vol. 28, No. 5, págs. 407-412.

McNally J.R., Riemann C.B., Louro E.Ch., Lukach M.B., y Kim E. (1992) Cognitive processing of emotional information in panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, Vol. 30, No. 2, págs. 143-149.

McNally R., y Lukach M.B. (1992) Are panic attacks traumatic stressors? *American Journal of Psychiatry*; 149 págs 824-826.

McNally, J. R. (1990) Psychological Approaches to Panic Disorder: A Review. *Psychological Bulletin*, 108, 403-419.

McNally, J.R. (1987) Preparedness and Phobias: A review. *Psychological Bulletin*. 101, 283- 303.

Medina-Mora, M.E., Berenson S., Lopez L.K.E., Dolís L., Caballero M.A. y González J. (1997) El uso de los servicios de Salud por los pacientes con trastornos mentales: resultados de una encuesta en una población de escasos recursos. *Salud Mental*, Vol. 20, Suplemento Julio, págs.32- 38.

Mellergard M., Lorentzen K., Bech P., Ottosson J-O, y Rosenberh R. (1991) A trend analysis of changes during treatment of panic disorder with alprazolam and imipramine. *Acta Psychiatrica Scandinavica.*, Suplemento 365: págs. 28-32.

Mellergard M., y Rosenberg K.N. (1990) Patterns of response during placebo treatment of panic disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica.*, 81: págs. 340-343.

Michelson K.L., y Marchione K. (1991) Behavioral, cognitive, and pharmacological treatments of panic disorder with agoraphobia: critique and synthesis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol., 59, No. 1, págs. 100-114.

Middleton C.H., y Ashby M. (1995) Clinical recovery from panic disorder is associated with evidenc of changes in cardiovascular regulation. *Acta Psychiatrica Scandinavica.*, 91: págs. 108- 113.

Moreau D., y Weissman M.M. (1992) Panic disorder in children and adolescents: a review. *American Journal of Psychiatry*; 149 págs 1306-1314.

Moreau, L.D., Weissman, M. & Warner, V. (1989) Panic Disorders in Children at High Risk for Depression. *American Journal of Psychiatry*, 146, 1059-1060.

Norton R.G., Rockman E.G., Luy B., y Marion T. (1993) Suicide, chemical abuse and panic attacks: a preliminary report. *Behaviour Research and Therapy*, Vol 31, No.1, págs. 37-40.

Norton, R.G., Dorward, J., & Cox, J.B. (1986) Factors Associated with Panic Attacks in Non Clinical Subjects. *Behavior Therapy*, 17, 239-252.

Norton, R.G., Harryson, B., Hauch, J., y Rhodes, L. (1985) Characteristics of people with infrequent panic attacks. *Journal of Abnormal Psychology*, Vol. 94, No. 2, págs. 216-221.

Nunnally C.J., y Bernstein J.I. (1995) *Teoría Psicométrica*. Edit. Mc Graw Hill, Tercera edición, México D.F.

Ollendick H.T. (1995) Cognitive behavioral treatment of panic disorder with agoraphobia in adolescents: a multiple baseline designs analysis. *Behavior Therapy*, 26, págs. 517-531.

Ontiveros S.B.A., y Fontaine R. (1993) Crisis de angustia provocadoras: agentes evocadores e hipótesis fisiopatológicas. II. Inhalación de CO<sub>2</sub>, cafeína, agonistas y antagonistas inversos de las benzodiazepinas, yohimbina, isoproterenol, norepinefrina, fenfluramina, MCP y colestistoquinina. *Salud Mental*, V. 16, No.3, págs. 31-37.

Ontiveros S.B.A., y Fontaine R. (1993) Crisis de angustia provocadoras: agentes evocadores e hipótesis fisiopatológicas. I. Lactato de sodio. *Salud Mental*, V. 16, No.2, págs. 6-11.

Öst L-G- (1983) Acquisition of agoraphobia. Mode of onset and anxiety response patterns. *Behavior Research and Therapy*, Vol. 21, NO. 6, pp. 623-631.

Öst L-G (1987) Applied relaxation: description of a coping technique and review of controlled studies. *Behaviour Research and Therapy*, Vol. 25, 5, págs. 397-409.

Öst L-G, y Westling E.B. (1995) Applied relaxation vs. Cognitive behavior therapy in the treatment of panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, Vol. 33, No. 2, págs. 145-158.

Öst L-G. (1988) Applied relaxation vs. Progressive relaxation in the treatment of panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, Vol. 26, 1, págs. 13-22.

Pauli P., Marquardt Ch, Hartl L., Nutzinger O. D., Holzl R, y Strain F. (1991) Anxiety induced cardiac perception in patients with panic attacks: a field study. *Behaviour research and Therapy*, Vol. 29, No. 2, pp. 137-145.

Rachman S. (1994) The overprediction of fear: A review. *Behaviour Research and Therapy*, Vol. 32, No. 7, págs. 683-690.

Rachman, S. (1977) The Conditioning Theory of Fear-Acquisition: A Critical Examination. *Behaviour Research and Therapy*, 15, 375-387.

Rachman, S., Levitt, K., y Lopatka, C. (1987) Panic: The links between cognitions and bodily symptoms-I. *Behaviour Research and Therapy*, Vol. 25, No.5, pp 411-423.

Rachman, S., Levitt, K., y Lopatka, C. (1988) Experimental analysis of panic-III. Claustrophobic subjects. *Behaviour Research and Therapy*, Vol. 26, No.1, pp 41-52.

Rachman, S., Lopatka, C., y Levitt K. (1988) Experimental analysis of panic-II. Panic patients. *Behaviour Research and Therapy*, Vol. 26, No.1, pp 33-40.

Rapee M.R. (1993) Psychological factors in panic disorder. *Advances in Behaviour Research and Therapy*. Vol. 15, págs. 85-102.

Rapee, M.R. (1985) A case of panic disorder treated with breathing retraining. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, Vol. 16, No. 1, pp, 61-65.

Rapee, M.R., Ancis, R.J., & Barlow, H.D. (1988) Emotional Reactions to Physiological Sensations: Panic Disorder Patients and Non-Clinical Ss. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 265-269.



Rascón G.M.L., Medina Mora I. M.E., Juárez G. F., Caraveo A. J., Gómez E.M., y Villatoro V.J. (1994) Trastornos de ansiedad y depresión relacionados con el consumo de bebidas alcohólicas. *La Psicología Social en México*, Vol. V, págs. 345-350.

Reiss, S. (1980) Pavlovian conditioning and human fear: An expectancy model. *Behavior Therapy*, 11, 380-396.

Reiss, S. (1988) Interoceptive theory of the fear of anxiety. *Behavior Therapy*, 19, 84-85.

Reiss, S., Peterson A.R., y Gursky M.D (1988) Anxiety sensitivity, injury sensitivity, and individual differences in fearfulness. *Behavior Research and Therapy*, Vol. 26, No. 4, pp. 341-345.

Reiss, S., Peterson A.R., Gursky M.D. y McNally J.R. (1986) Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness. *Behaviour Research and Therapy*, Vol. 24, No. 1, pp. 1-8.

Rief, W., Trenkamp S., Auer C. y Fichter M.M. (2000) Cognitive behavior therapy in panic disorder and comorbid major depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69, 70-78.

Rosenberg K.N., Mellergard M., Rosenberg R., Beck P., y Ottosson J-O (1991) Characteristics of panic disorder patients responding to placebo. *Acta Psychiatrica Scandinavica.*, Suplemento 365: págs. 33-38.

Rosenberg R., Bech P., Mellergard M., y Ottosson J-O (1991) Alprazolam, imipramine and placebo treatment of panic disorder: predicting therapeutic responses. *Acta Psychiatrica Scandinavica.*, Suplemento 365: págs. 46-52.

Rosenberg R., Mellergard M., Rosenberg K.N., Beck P., y Ottosson J-O (1991). Secondary depression in panic disorder: an indicator of severity with a weak effect on outcome in alprazolam and imipramine treatment. *Acta Psychiatrica Scandinavica.*, Suplemento 365: págs. 39-45.

Rosenberg R., Ottosson J-O, Bech P., Mellergard M., y Rosenberg K.N. (1991) Validation criteria for panic disorder as a nosological entity. *Acta Psychiatrica Scandinavica.*, Suplemento 365: págs. 7-17.

Salkovskis M.P., y Clark M.D. (1993) Panic disorder and hypochondriasis. *Advances in Behaviour Research and Therapy*. Vol.15, págs. 23-48.

Salkovskis, M.P., Clark M.D., y Hackmann A.. (1991) Treatment of panick atakes using cognitive therapy without exposure or breathing retraining. *Behaviour Research and Therapy*, Vol. 29, No. 2, pp. 161-166.

Salkovskis, M.P., Warwick C.M.H., Clark, M.D. y Wessels J.D. (1986) A demonstration of acute hyperventilation during naturally occurring panic attacks. *Behaviour Research and Therapy*, Vol. 24, No. 1, pp. 91-94.

Sánchez-Sosa, J.J., Jurado-Cárdenas S., y Hernández-Guzmán, L. (1992) Episodios agudos de angustia severa en adolescentes: Análisis etiológico de predictores en la cianza y la interacción familiar. *Revista Mexicana de Psicología*, Vol. 9, Núm 2, págs. 101-116.

Sánchez-Sosa, J.J., y Hernández-Guzmán, L. (1992) La relación con el padre como factor de riesgo psicológico en México. *Revista Mexicana de Psicología*, Vol. 9, Núm 1, págs. 27-34.

Sandín B., Chorot P., y Mc Nally R. (1996) Validation of the spanish version of the Anxiety Sensitivity Index in a clinical sample. *Behaviour Research and Therapy*, Vol. 34, No. 3, págs.283-290.

Sandín B., Chorot P., y Mc Nally R. (2001) Anxiety sensitivity index: normative data and its differentiation from trait anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, Vol. 39, págs.213-219.

Schmidt B.N., y Telch J.M. (1994) Role of fear and safety information in moderating the effects of voluntary hyperventilation. *Behavior Therapy*, 25, 197-208.

Schmidt B.N., Jacquin K., y Telch J.M. (1994) The overprediction of fear and panic in panic disorder. Sandín B., Chorot P., y Mc Nally R. (1996) Validation of the spanish version of the Anxiety Sensitivity Index in a clinical sample. *Behaviour Research and Therapy*, Vol. 34, No. 3, págs.283-290.



Schuckit A.M., Hesselbrock V. (1994) Alcohol dependence and anxiety disorders: What is the relationship? *American Journal of Psychiatry*, 151, 12, 1723-1734.

Sherbourne D.C., Wells B.K., y Judd L.L. (1996) Functioning and well-being of patients with panic disorder. *American Journal of Psychiatry*; 153 págs 213-218.

Stein B.M., Millar W.T., Larsen K.D., y Kryger H.M. (1995) Irregular Breathing during sleep in patients with panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152:8, págs. 1168-1173.

Stephenson R., Marchand, A. Lavalley M-CH, and Brillon P. (1996) Translation and transcultural validation of the anxiety sensitivity index. Poster presented at the XXVIth International Congress of Psychology, Montreal, Quebec, Canada.

Stewart H.S., Taylor S., Jang K.L., Cox B.J., Watt C.M., Fedoroff C.I., y Borger C.S. (2001). *Behaviour Research and Therapy*, Vol. 39, págs.443-456.

Swinson, P.R., Soulios Ch., Cox J.B., y Kuch K. (1992) Brief treatment of emergency room patients with panic attacks. *American Journal of Psychiatry*, 149, págs. 944-946.

Taylor S. (1995) Anxiety sensitivity:Theoretical perspectives and recent findings. *Behaviour Research and Therapy*, Vol. 33, No. 3, págs. 243-258.

Taylor S. y Cox, B. (1997) An expanded Anxiety Sensitivity Index: Evidence for a hierarchic structure in a clinical sample. (Inédito)

Telch J.M., Lucas A.J., Schmidt B.N. Hanna H.H., Jaimez T.L. y Lucas A.R. (1993) Group cognitive-behavioral treatment of panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, Vol. 31, No. 3 págs.279-287.

Telch J.M., Schmidt B.N., Jaimez L.T., Jacquin M. K., y Harrington H.P. (1995) Impact of cognitive-behavioral treatment on quality of life in panic disorder patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 63, N0. 5, págs. 823-830.

Telch, J.M., Lucas, A.J., & Nelson, P. (1989) Nonclinical panic in college students: an investigation of prevalence and symptomatology. *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 300-306.

Thyer A.B. (1991) Diagnosis and treatment of child and adolescent anxiety disorders. *Behavior Modification*, Vol. 15, No. 3, págs. 310-325.

Tweed S.J., Schoenbach, J.V., George, K.L., & Blazer, G.D. (1989) The effects of Childhood Parental Death and Divorce on Six-Month History of Anxiety Disorders. *British Journal of Psychiatry*, 154, 823-828.

Tyrer P. (1984) Classification of anxiety. *British Journal of Psychiatry*, 144, 78-83.

Van Balkom A., Baker A., Spinhoven P., Blaauw B., Smeenk S. y Ruesnik B. (1997) A meta-analysis of the treatment of panic disorder with or without agoraphobia: A comparison of psychopharmacological, cognitive-behavioral, and combination treatments. *The Journal of Nervous and mental Disease*. Vol. 185, No. 8, págs. 510-516.

Van Den Hout A.M., De Jong P., Zandberger J., y Merckelbach H. (1990) Waning of panic sensations during prolonged hyperventilation. *Behaviour Research and Therapy*, Vol. 28, No. 5, pp. 445-448.

Van Hout W. y Emmelkamp P. (1994) Overprediction of fear in panic disorder patients with agoraphobia: Does the (mis)match model generalize to exposure *in vivo* therapy? *Behaviour Research and Therapy*, Vol 32, No. 1, págs. 723-734.

Vollrath M. A.J. (1991) The natural history of anxiety disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84: págs.446-452

Wells A. (1990) Panic disorder in association with relaxation induced anxiety: an attentional training approach to treatment. *Behavior Therapy*, 21, págs. 273-280.

Wilson G.K., Sandler S.L., Asmundson J.G.G., Ediger M.J., Larsen K. D., y Walker R.J. (1992) Panic attacks in the nonclinical population: An empirical approach to case identification. *Journal of Abnormal Psychology*, Vol. 101, No. 3, 460-468.

Wittal L.M., Otto W. M., Hong J.J. (2001) Cognitive-behavior therapy for discontinuation of SSRI treatment of panic disorder: a case series. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 939-945.

Wittchen U.H., Robins N.L., Cottler B.L., Sartorius N., Burke D.J., Regier D. (1991) Cross-cultural feasibility, reliability and sources of variance of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *British Journal of Psychiatry*, 159, págs. 645,653.

Woodruff-Borden J., Stanley A.M., Lister C.S., y Tabacchi R.M. (1997) Nonclinical panic and suicidality prevalence and psychopathology. *Behaviour Research and Therapy*, Vol. 35, No. 2, pp. 109-116.

Yardley L. Luxon L. Lear S., y Britton J. (1994) Vestibular and posturographic test results in people with symptoms of panic and agoraphobia. *Journal of Audiologic Medicine*, 3, págs.48-65.

Yeragani K.V., Bakon R., Pohl R., Ramesh C., Weinberg P., y Merlos B. (1990) Decreases R-R variance in panic disorder patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica.*, 81: págs. 554-559.

Zinbarg E.R., Barlow H.D., Brown A.T. y Hertz M.R. (1992) Cognitive behavioral approaches to the nature and treatment of anxiety disorders. *Annual Review of Psychology*, 43, págs. 235-267.

## Inventario de

### Salud, Estilos de Vida y Comportamiento (SEViC)

Este cuestionario trata de investigar cómo algunos problemas de salud pueden deberse a muchas de las cosas que hacemos todos los días. También se trata de buscar maneras de mejorar nuestro bienestar y salud y la de nuestra familia. El cuestionario es **completamente anónimo**, no escriba su nombre ni haga anotaciones que le puedan identificar. Esta información se usará exclusivamente con fines de análisis estadístico y para diseñar programas preventivos o de ayuda. **No hay respuestas buenas ni malas**, por favor conteste las preguntas con toda franqueza, diciendo la verdad. Trate de no dejar ninguna pregunta sin contestar, a menos que sienta que la pregunta no se aplica a usted en lo absoluto.

Las preguntas empiezan con una parte escrita y después tienen varias posibilidades para escoger. Por favor escoja la opción que refleje mejor su propio caso, **rellenando completamente el circulito correspondiente en la hoja de respuestas** como se muestra en el ejemplo más adelante. Recuerde, **no hay respuestas buenas ni malas**, por tanto, no se preocupe por puntajes ni calificaciones. Por favor lea cuidadosamente cada pregunta o enunciado y conteste con la verdad. Recuerde que de este estudio se podrán derivar recomendaciones muy útiles para usted mismo(a) o para otras personas y familias. Si tiene alguna pregunta o duda, con toda confianza pregúntenos y con mucho gusto le orientaremos.

La primera sección de este cuestionario contiene información general además de una lista de problemas de salud que cualquiera de nosotros puede tener en distintos momentos de nuestra vida. La segunda sección tiene preguntas o enunciados sobre nuestra historia familiar o personal. **No escriba ni haga marcas en este cuestionario.**

EJEMPLO: En un día normal yo hago:

(En la Hoja de Respuestas)

- a - una comida
- b - dos comidas
- c - tres comidas
- d - cuatro comidas
- e - cinco comidas
- f - seis comidas o más

Esto significaría que en un día regular, come tres veces.

Reciba de antemano nuestro agradecimiento por su cooperación y recuerde: **con toda confianza, conteste con la verdad.**

DR. JUAN JOSE SANCHEZ SOSA Y DRA. LAURA HERNANDEZ GUZMAN  
TERCERA EDICION, 1993

## PRIMERA SECCIÓN

1. En cuanto a mi peso, estoy:

- a - muy por debajo de él
- b - por debajo de él
- c - en mi peso
- d - por arriba de él
- e - muy por arriba de él

2. Tengo tics (por ejemplo: parpadco, jalones de cuello, encoger los hombros, gestos con la cara, etc.):

- a - Nunca
- b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

3. Tartamudeo al hablar (por ejemplo: repito o estiro sonidos o sílabas al hablar):

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- f - Nunca

4. Tomo bebidas alcohólicas:

- a - Nunca
- b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

5. Fumo (cigarros de tabaco)

- a - dos o más cajetillas al día
- b - de una a dos cajetillas al día
- c - entre diez cigarros y una cajetilla a día
- d - de uno a diez cigarros al día
- e - no fumo

6. Tomo anfetaminas u otros estimulantes:

- a - Nunca
- b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

7. Fumo o consumo marihuana:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- f - Nunca

8. Uso "crack" (rocas) o cocaína:

- a - Nunca
- b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

9. Huelo o inhalo thinner, cemento o solventes:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- f - Nunca

10. Tomo pastillas para dormir o para los nervios:

- a - Nunca
- b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

11. Me siento demasiado acelerado(a) u optimista sin razón:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- f - Nunca

12. Siento que hay gente que me quiere perjudicar o hacerme daño:

- a - Nunca
- b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)



13. No me puedo concentrar o me distraigo fácilmente:

- a - Nunca
- b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

14. Tengo dificultades para dormir:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- f - Nunca

15. Me siento triste sin razón:

- a - Nunca
- b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

16. Me dan ganas de quedarme acostado(a) todo el día, aunque haya dormido bien en la noche:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- f - Nunca

17. Siento que no valgo mucho:

- a - Nunca
- b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

18. Siento que soy un triunfador:

- a - Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- f - Nunca

19. Tengo poca esperanza de resolver mis problemas:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- f - Nunca

20. Hay situaciones o cosas que me hacen sentir mucho miedo o terror:

- a - Nunca
- b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

21. Me preocupo mucho cuando tengo que hablar ante gente que no conozco:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- f - Nunca

22. A veces siento tanta angustia o miedo, que quisiera salir corriendo:

- a - Nunca
- b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

23. Me dan ganas de vomitar:

- a - Nunca
- b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

24. Me dan dolores en el abdomen (el estómago, la panza o la barriga).

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- f - Nunca

25. Me da diarrea (chorro o chorrillo):

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- f - Nunca

26. Me siento inflado, con gases en la barriga:

- a - Nunca
- b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

27. Me dan dolores en las manos y los brazos, o en las piernas y los pies:

- a - Nunca
- b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

28. Me dan dolores en la espalda:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- f - Nunca

29. Me dan dolores de cabeza:

- a - Nunca
- b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

30. Siento como que me falta el aire aunque no esté haciendo ejercicio.

- a - Nunca
- b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

31. Siento palpitaciones, como si el corazón me latiera muy fuerte o rápido:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- f - Nunca

32. Me dan dolores en el pecho:

- a - Nunca
- b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

33. Me dan mareos:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- f - Nunca

34. Se me olvidan las cosas, la memoria me falla como si tuviera lagunas o huecos, o espacios borrados:

- a - Nunca
- b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

35. Siento debilidad en los músculos, o como si no los pudiera mover:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- f - Nunca

36. Siento dolor cuando tengo relaciones sexuales:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Nunca o casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- f - No he tenido relaciones sexuales

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

37. Me cuesta trabajo excitarme o mantenerme excitado(a) sexualmente aunque tenga ganas de estarlo:

- a - Nunca
- b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

SI ES HOMBRE, POR FAVOR SALTESE LAS PREGUNTAS 38 A 41 Y PASE A LA PREGUNTA 42.

38. Tengo dolores cuando menstrúo o tengo la regla:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- f - Nunca

39. Mis periodos menstruales o reglas son irregulares:

- a - Nunca
- b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

40. Tengo demasiado sangrado menstrual:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% de las veces)
- b - Frecuentemente (60% a 80% de las veces)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% de las veces)
- d - Pocas veces (20% a 40% de las veces)
- e - Casi nunca (menos de 20% de las veces)
- f - Nunca

41. Cuando me embarazo me dan vómitos:

- a - Nunca
- b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

42. Mi pareja me parece atractiva sexualmente:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Nunca o casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- f - No tengo pareja

43. Me atraen sexualmente otros adultos del sexo opuesto:

- a - Nunca
- b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

44. Me atraen sexualmente otros adultos de mi mismo sexo:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- f - Nunca

45. Me atraen sexualmente niños(as) del sexo opuesto:

- a - Nunca
- b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

46. Me atraen sexualmente niños(as) de mi mismo sexo:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- f - Nunca

47. Me gusta sentir dolor cuando tengo relaciones sexuales:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- f - Nunca

48. Me gusta causarle dolor a mi pareja cuando tenemos relaciones sexuales:

- a - Nunca
- b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

49. La posibilidad de tener relaciones sexuales (o el tenerlas) me causa angustia:

- a - Nunca
- b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

50. Tengo pesadillas o sueños que me asustan mucho:

- a - Nunca
- b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

51. Me despierto gritando, con mucho miedo o terror:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- f - Nunca

52. Soy sonámbulo(a), camino dormido(a):

- a - Nunca
- b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

SI NO TIENE PAREJA, SALTESE LAS PREGUNTAS 53 A 59 Y PASE A LA PREGUNTA 60.

53. Siento que mi pareja me ignora o me maltrata:

- a - Nunca
- b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

54. Peleo con mi pareja:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- f - Nunca

55. Las peleas llegan a la violencia física (jalones, empujones, golpes, etc):

- a - Nunca
- b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

56. Cuando peleamos, el enojo nos dura:

- a - Minutos
- b - Horas
- c - Días
- d - Semanas
- e - Meses
- f - Años

57. Esas peleas se resuelven generalmente con que:

- a - Mi pareja gana
- b - Yo gano
- c - Dejamos el asunto de lado hasta que se nos olvida
- d - Mi pareja y yo lo platicamos y llegamos a un acuerdo
- e - Hacemos lo que recomiende alguien que respetamos
- f - Reunimos a la familia y votamos sobre el asunto

58. En general, mi matrimonio o unión libre ha sido:

- a - Muy insatisfactorio
- b - Insatisfactorio
- c - Un poco insatisfactorio
- d - Un poco Satisfactorio
- e - Satisfactorio
- f - Muy satisfactorio

59. He pensado en separarme o divorciarme:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- f - Nunca

60. Para corregirlos o disciplinarlos, les pego a mis hijos (o a otros niños), (manazos, cinturonzos, pellizcos, etc.):

- a - Nunca
- b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



61. Cuando me enojo mucho, grito o insulto:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- f - Nunca

62. Cuando me enojo mucho, empujo o golpeo:

- a - Nunca
- b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

63. La gente que me conoce piensa que soy muy agresivo(a):

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- f - Nunca

#### **Duración Aproximada de Condiciones**

64. ¿Le han molestado algunos de los problemas que ha señalado hasta ahora, durante un tiempo que le parezca importante?

- a - Sí                      b - No

Si respondió "sí", marque cuánto tiempo le han molestado dichos problemas. Deje en blanco los que no se apliquen a usted. Si respondió "no", pase a la segunda sección del cuestionario.

65. He tenido problemas por mi falta o exceso de peso durante:

- a. Una semana a un mes
- b. De dos a cinco meses
- c. De seis meses a un año
- d. De uno a cuatro años
- e. Cinco años o más

66. He tenido tics o tartamudez durante:

- a. Una semana a un mes
- b. De dos a cinco meses
- c. De seis meses a un año
- d. De uno a cuatro años
- e. Cinco años o más

67. He abusado del alcohol durante:

- a. Una semana a un mes
- b. De dos a cinco meses
- c. De seis meses a un año
- d. De uno a cuatro años
- e. Cinco años o más

68. He usado drogas o sustancias durante:

- a. Una semana a un mes
- b. De dos a cinco meses
- c. De seis meses a un año
- d. De uno a cuatro años
- e. Cinco años o más

69. He sentido que hay gente que me quiere hacer daño o perjudicar durante:

- a. Una semana a un mes
- b. De dos a cinco meses
- c. De seis meses a un año
- d. De de uno a cuatro años
- e. Cinco años o más

70. He estado muy acelerado(a), u optimista durante:

- a. Una semana a un mes
- b. De dos a cinco meses
- c. De seis meses a un año
- d. De uno a cuatro años
- e. Cinco años o más

71. Me he sentido nervioso(a) o angustiado(a) durante:

- a. Una semana a un mes
- b. De dos a cinco meses
- c. De seis meses a un año
- d. De uno a cuatro años
- e. Cinco años o más

72. Me he sentido triste sin razón durante:

- a. Una semana a un mes
- b. De dos a cinco meses
- c. De seis meses a un año
- d. De uno a cuatro años
- e. Cinco años o más

73. He tenido malestares o enfermedades físicas durante:

- a. Una semana a un mes
- b. De dos a cinco meses
- c. De seis meses a un año
- d. De uno a cuatro años
- e. Cinco años o más

74. He tenido problemas sexuales durante:

- a. Una semana a un mes
- b. De dos a cinco meses
- c. De seis meses a un año
- d. De uno a cuatro años
- e. Cinco años o más

75. He tenido problemas con el sueño (o al dormir), durante:

- a. Una semana a un mes
- b. De dos a cinco meses
- c. De seis meses a un año
- d. De uno a cuatro años
- e. Cinco años o más

76. He tenido problemas con mi pareja durante:

- a. Una semana a un mes
- b. De dos a cinco meses
- c. De seis meses a un año
- d. De uno a cuatro años
- e. Cinco años o más

77. Pienso que la comunicación que tengo con mis familiares actualmente es:

- a. Muy mala
- b. Mala
- c. Regular
- d. Buena
- e. Muy buena

78. He tenido problemas por mi agresividad durante:

- a. Una semana a un mes
- b. De dos a cinco meses
- c. De seis meses a un año
- d. De uno a cuatro años
- e. Cinco años o más

## SEGUNDA SECCION.

A CONTINUACION, CONTESTE POR FAVOR LAS SIGUIENTES PREGUNTAS, TAMBIEN EN SU HOJA DE RESPUESTAS

79. Mi edad:

- a. De 15 a 20 años
- b. De 21 a 30 años
- c. De 31 a 40 años
- d. De 40 a 50 años
- e. De 50 a 60 años
- f. Más de 60 años

80. Sexo:                    a - Masculino                    b - Femenino

81. Mi estado civil (marque uno):

- a - Soltero(a)
- b - Casado(a)
- c - Unión libre
- d - Separado(a) o divorciado(a)
- e - Viudo(a)

82. Si es casado(a) o vive en unión libre, ¿desde cuando?

- a - hace menos de un año
- b - de uno a dos años
- c - de dos a tres años
- d - de tres a cinco años
- e - cinco años o más

83. En mi educación escolar llegué hasta:

- a - nunca fui a la escuela
- b - primaria
- c - secundaria
- d - comercio o técnico
- e - bachillerato
- f - profesional o superior

84. Mi lugar de nacimiento es:

- a. Distrito Federal
- b. Interior de la República
- c. Extranjero

85. Cuando yo era chico(a) (como de 5 a 14 años de edad), la situación económica de mi familia podría describirse como:

- a. En asistencia social o beneficencia
- b. Clase trabajadora
- c. Clase media-baja
- d. Clase media
- e. Clase media-alta
- f. Clase alta

86. En la actualidad yo diría que mi nivel económico es:

- a. En asistencia social o beneficencia
- b. Clase trabajadora
- c. Clase media-baja
- d. Clase media
- e. Clase media-alta
- f. Clase alta

87. He vivido en la Ciudad de México durante:

- a. Menos de un año
- b. De uno a cinco años
- c. De seis a diez años
- d. Diez a veinte años
- e. Más de veinte años

88. En total tengo:

- a. Cero hermanos(as)
- b. Un hermano(a)
- c. Dos hermanos(as)
- d. Tres hermanos(as)
- e. De cuatro a seis hermanos(as)
- f. Siete o más hermanos(as)

89. Mi lugar en el orden de nacimiento de mis hermanos(as) es, soy el (la):

- a. primero(a)
- b. segundo(a)
- c. tercero(a)
- d. cuarto(a)
- e. quinto(a) o posterior
- f. último

90. El hermano(a) de mi mismo sexo, que me sigue (**mayor**) es (número de años) mayor que yo:

- a. uno
- b. dos
- c. tres
- d. cuatro
- e. cinco
- f. seis o más

91. En general, mi relación con mi(s) hermano(s)(as) ha sido:

- a. Muy mala
- b. Mala
- c. Regular
- d. Buena
- e. Muy buena

92. Pienso que mis padres preferían a alguno(s) de mis hermanos(as) más que a mí:

- a. Nunca
- b. Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c. Pocas veces (de 20% al 40% del tiempo)
- d. A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e. Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f. Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)

93. De chico(a), (como hasta los 14 años de edad) me crié principalmente con:

- a. Mis padres naturales
- b. Con mi padre
- c. Con mi madre
- d. Con uno de mis padres y padrastro o madrastra
- e. Padres adoptivos u otros parientes o familiares
- f. En un orfanato, casa hogar u otra institución

SI SUS PADRES VIVEN, PASE A LA PREGUNTA 98.

94. Mi edad al morir mi padre era:

- a. De cero a 5 años
- b. De 6 a 10 años
- c. De 11 a 15 años
- d. De 16 a 20 años
- e. De 21 a 25 años
- f. 26 años o más

95. La causa de su muerte fue:

- a - Edad avanzada o causas naturales
- b - Enfermedad
- c - Accidente
- d - Agresión violenta
- e - Suicidio
- f - Otra

96. Mi edad al morir mi madre era:

- a. De cero a 5 años
- b. De 6 a 10 años
- c. De 11 a 15 años
- d. De 16 a 20 años
- e. De 21 a 25 años
- f. 26 años o más

97. La causa de su muerte fue:

- a - Edad avanzada o causas naturales
- b - Enfermedad
- c - Accidente
- d - Agresión violenta
- e - Suicidio
- f - Otra

98. Mi padre dejó de vivir conmigo cuando yo tenía:

- a - De cero a 5 años
- b - De 6 a 12 años
- c - De 13 o más años
- d - A veces sí y a veces no
- e - Siempre vivió o ha vivido conmigo

99. La causa por la que no viví con alguno de mis padres fue:

- a. Separación o divorcio de mis padres
- b. Muerte de alguno de mis padres
- c. Por el trabajo de alguno de mis padres
- d. Por la situación económica
- e. Por alguna otra razón

100. Mi padre (o tutor) tomaba mucho alcohol:

- a - Nunca
- b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

101. Mi padre (o tutor) usaba drogas:

- a - Nunca
- b - Casi nunca (menos del 20% del tiempo)
- c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f - Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)

102. En general, la forma como me llevo (o llevaba) con mi padre (o tutor) es (o era):

- a - Muy buena
- b - Buena
- c - Regular
- d - Mala
- e - Muy mala

103. El más alto nivel escolar que alcanzó mi padre (o tutor) es.(era):

- a. Ninguno
- b. Primaria
- c. Secundaria
- d. Comercio o técnico
- e. Bachillerato
- f. Profesional o superior

104. Cuando yo era chico(a) (como de 5 a 14 años de edad), mi padre (o tutor) mostraba interés en mis opiniones:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- f - Nunca

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

105. Cuando yo era niño(a) (como hasta los 14 años de edad), mi madre (o tutora) vivía con nosotros en la misma casa:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- f - Nunca

106. Mi madre (o tutora) tomaba mucho alcohol:

- a - Nunca
- b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

107. Mi madre o tutora usaba drogas:

- a - Nunca
- b - Casi nunca (menos del 20% del tiempo)
- c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f - Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)

108. En general, la manera como me llevo (o llevaba) con mi madre (o tutora) es (o era):

- a - Muy buena
- b - Buena
- c - Regular
- d - Mala
- e - Muy mala

109. El más alto nivel escolar que alcanzó mi madre (o tutora) es (era):

- a. Ninguno
- b. Primaria
- c. Secundaria
- d. Comercio o técnico
- e. Bachillerato
- f. Profesional o superior

110. Cuando yo era chico(a) (como de 5 a 14 años de edad), mi madre (o tutora) mostraba interés por mis opiniones:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- f - Nunca



111. Mi padre (o tutor) y yo platicábamos como buenos amigos:
- a - Casi diario
  - b - Como una vez a la semana
  - c - Como una vez al mes
  - d - Como una vez cada tres meses
  - e - Como dos veces al año
  - f - Una vez al año o menos
112. Mi madre (o tutora) y yo platicábamos como buenos amigos(as):
- a - Casi diario
  - b - Como una vez a la semana
  - c - Como una vez al mes
  - d - Como una vez cada tres meses
  - e - Como dos veces al año
  - f - Una vez al año o menos
113. Cuando mi padre (o tutor) me castigaba, usaba castigo físico (me pegaba):
- a - Casi diario
  - b - Como una vez a la semana
  - c - Como una vez al mes
  - d - Como una vez cada tres meses
  - e - Como dos veces al año
  - f - Una vez al año o menos
114. Cuando mi madre (o tutora) me castigaba, usaba castigo físico (me pegaba):
- a - Casi diario
  - b - Como una vez a la semana
  - c - Como una vez al mes
  - d - Como una vez cada tres meses
  - e - Como dos veces al año
  - f - Una vez al año o menos
115. El dolor físico producido por el castigo (de mi madre o padre) duraba:
- a. Minutos
  - b. Horas
  - c. Días
  - d. Semanas
  - e. Meses
116. Mi padre (o tutor) decía cosas de mí, que querían decir que yo era "tonto(a)" o "inútil", o me comparaba negativamente con otros(as):
- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
  - b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
  - c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
  - d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
  - e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
  - f - Nunca
117. Mi madre (o tutora) decía cosas de mí, que querían decir que yo era "tonto(a)" o "inútil", o me comparaba negativamente con otros(as):
- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
  - b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
  - c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
  - d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
  - e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
  - f - Nunca

118. Cuando mi padre (o tutor) me castigaba, yo sí me lo merecía:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- f - Nunca

119. Cuando mi madre (o tutora) me castigaba, yo sí me lo merecía:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- f - Nunca

120. Cuando mi padre (o tutor) me mandaba a hacer algo, me lo decía de modo duro u ofensivo:

- a - Nunca
- b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

121. Cuando mi madre (o tutora) me mandaba a hacer algo, me lo decía de modo duro u ofensivo:

- a - Nunca
- b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

122. Yo tenía confianza con mi padre (o tutor) como para platicarle algo muy personal de mí mismo(a):

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- f - Nunca

123. Yo tenía confianza con mi madre (o tutora) como para platicarle algo muy personal de mí mismo(a):

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- f - Nunca

124. Se me permitía (o permite) escoger a mis propios amigos(as):

- a - Nunca
- b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

125. Se me permitía (o permite) decidir cómo pasar mi tiempo libre:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- f - Nunca

126. Mi padre (o tutor) me muestra (mostraba) su afecto o cariño:

- a - Nunca
- b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

127. Mi madre (o tutora) me muestra (mostraba) su afecto o cariño:

- a - Nunca
- b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

128. Cuando me enfrentaba a una situación nueva o difícil mi padre (o tutor) me apoyaba o me reconfortaba:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- f - Nunca

129. Cuando me enfrentaba a una situación nueva o difícil mi madre (o tutora) me apoyaba o me reconfortaba:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- f - Nunca

130. De chico(a) yo me enfermaba:

- a - Nunca
- b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

131. Cuando yo hacía un esfuerzo especial para hacer algo bien, me lo reconocían:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- f - Nunca

132. Mis padres (naturales o adoptivos) se mostraban cariño o amor el uno al otro:

- a - Nunca
- b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

133. Mis padres (naturales o adoptivos) se peleaban discutiendo o gritando:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- f - Nunca

134. Cuando mis padres (naturales o adoptivos) peleaban, también usaban violencia física (jalones, empujones, golpes, etc):

- a - Nunca
- b - Casi nunca (menos de 20% de las veces)
- c - Pocas veces (20% a 40% de las veces)
- d - A veces sí, a veces no (40% a 60% de las veces)
- e - Frecuentemente (60% a 80% de las veces)
- f - Siempre o casi siempre (más de 80% de las veces)

135. Cuando mis padres (naturales o adoptivos) peleaban, lo hacían enfrente de mí y/o de mis hermanos(as):

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% de las veces)
- b - Frecuentemente (60% a 80% de las veces)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% de las veces)
- d - Pocas veces (20% a 40% de las veces)
- e - Casi nunca (menos de 20% de las veces)
- f - Nunca

136. Cuando mis padres (naturales o adoptivos) peleaban, amenazaban con dejarse, separarse o divorciarse:

- a - Nunca
- b - Casi nunca (menos de 20% de las veces)
- c - Pocas veces (20% a 40% de las veces)
- d - A veces sí, a veces no (40% a 60% de las veces)
- e - Frecuentemente (60% a 80% de las veces)
- f - Siempre o casi siempre (más de 80% de las veces)

137. Cuando yo era chico(a), aparte de mis padres (naturales o adoptivos), había otro(s) adulto(s) que era(n) importante(s) para mí:

- a - Sí
- b - No

138. Si respondió "sí", este (o estos) adulto(s) era(n) (señale sólo el más importante):

- a - un hermano mayor o hermana mayor
- b - un tío o tía
- c - un abuelo o abuela
- d - padrastro o madrastra
- e - otro pariente
- f - un(a) vecino(a) o conocido(a)

139. Durante mi niñez o adolescencia temprana, tuve experiencias emocionalmente fuertes, negativas o que me angustiaron mucho:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- f - Nunca

140. La más importante de esas experiencias fue:

- a. Asalto, suceso violento o maltrato fuerte
- b. Violación
- c. Accidente
- d. Enfermedad
- e. Muerte o pérdida de un ser querido
- f. Cárcel

141. Todavía siento ese miedo o angustia o sensación desagradable:

- a - Nunca
- b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

142. Cuando era chico(a), alguien abusó sexualmente de mí:

- a - Una vez
- b - De 2 a 3 veces
- c - De 4 a 5 veces
- d - Más de 5 veces
- e - Nunca

143. La persona que abusó de mí fue:

- a. Alguno de mis padres
- b. Padrastro o madrastra
- c. Pariente que vivía en la misma casa
- d. Pariente lejano
- e. Amigo
- f. Desconocido

144. Esta persona abusó sexualmente de mí:

- a - una vez
- b - pocas veces
- c - frecuentemente

145. En la escuela sacaba (saco) malas calificaciones:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% de las veces)
- b - Frecuentemente (60% a 80% de las veces)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% de las veces)
- d - Pocas veces (20% a 40% de las veces)
- e - Casi nunca (menos de 20% de las veces)
- f - Nunca

146. Actualmente practico un deporte o actividad física aproximadamente:

- a - diariamente
- b - dos veces a la semana
- c - tres veces a la semana
- d - una vez a la semana
- e - ocasionalmente
- f - realmente no practico ninguno

147. En la escuela yo hacía (hago) amistades:

- a - Con mucha dificultad
- b - Con dificultad
- c - Ni fácil ni difícilmente
- d - Con facilidad
- e - Con mucha facilidad

148. ¿Tuvo algún amigo(a) que fuera muy cercano(a) o íntimo(a)?

- a - Si
- b - No

149. Actualmente, ¿tiene amigo(s) que considere cercano(s) o íntimo(s)?

- a - Si
- b - No

150. Actualmente:

- a - Trabajo
- b - Estoy desempleado
- c - Soy estudiante
- d - Me dedico al hogar

151. Mensualmente gano aproximadamente en salarios mínimos:

- a - Uno o menos
- b - Dos a tres
- c - Cuatro a cinco
- d - Seis a siete
- e - Ocho a nueve
- f - Diez o más

152. ¿Cuántos trabajos ha tenido en los últimos dos años?

- a - ninguno
- b - uno
- c - dos
- d - tres
- e - cuatro o más

153. Me siento satisfecho con mi presente trabajo:

- a - Nunca
- b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

154. He pensado en dejar este trabajo:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- f - Nunca

155. Mis relaciones con mis compañeros de trabajo son (o eran), (cómo se lleva o llevaba con ellos):

- a - Muy malas
- b - Malas
- c - Regulares
- d - Buenas
- e - Muy buenas

156. Mis relaciones con mis jefes en el trabajo son (o eran):

- a - Muy malas
- b - Malas
- c - Regulares
- d - Buenas
- e - Muy buenas

157. Cuando en el trabajo yo soy quien supervisa o da las órdenes, mis relaciones con mis subordinados son (por ejemplo qué tanto se quejan o quejaban de mí):

- a - Muy malas
- b - Malas
- c - Regulares
- d - Buenas
- e - Muy buenas

158. Este trabajo me produce mucho estrés, desgaste o cansancio:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- f - Nunca

159. Tuve relaciones sexuales por primera vez como a los:

- a. Antes de los 10 años
- b. De 11 a 14 años
- c. De 15 a 17 años
- d. De 18 en adelante
- e. No he tenido relaciones

160. Tuve mi primera eyaculación/orgasmo como a los:

- a - Antes de los diez años
- b - De 11 a 14 años
- c - De 15 a 17 años
- d - De 18 en adelante
- e - No he tenido

161. La situación en la que la sucedió fue:

- a. Yo sólo(a)
- b. Con mi novio(a)
- c. Con un pariente
- d. Con mi esposo(a)
- e. Con un extraño o desconocido

162. Prefiero masturbarme a tener relaciones sexuales con otra persona:

- a - Siempre o casi siempre (más del 80% de las veces)
- b - Frecuentemente (60% a 80% de las veces)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% de las veces)
- d - Pocas veces (20% a 40% de las veces)
- e - Casi nunca (menos de 20% de las veces)
- f - Nunca

163. Creo que mi vida sexual es:

- a - Muy satisfactoria
- b - Satisfactoria
- c - Un poco satisfactoria
- d - Un poco Insatisfactoria
- e - Insatisfactoria
- f - Muy insatisfactoria

164. (Si es casado(a) o vive en unión libre). Tuve relaciones sexuales antes del matrimonio (o de juntarnos):

- a - Sí
- b - No

165. La decisión de casarnos o vivir juntos fue:

- a - Principalmente mía
- b - Por embarazo
- c - Por razones de dinero
- d - Ambos lo decidimos por igual
- e - Principalmente de mi pareja

166. He tenido relaciones sexuales fuera de mi matrimonio (o mi unión libre):

- a - Nunca
- b - Casi nunca (menos del 20% del tiempo)
- c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)



167. De cada diez encuentros sexuales, llego al orgasmo en:

- a. Ninguno
- b. De 1 a 2
- c. De 3 a 4
- d. De 5 a 6
- e. De 7 a 8
- f. De 9 a 10

168. Tengo (número)... hijos(as)

- a - ninguno
- b - uno
- c - dos
- d - tres
- e - cuatro
- f - cinco o más

169. Hubiera preferido tener a mi(s) hijo(s) en otro momento de mi vida:

- a - Sí
- b - No

170. Actualmente vivo:

- a - Con mis padres (naturales o adoptivos)
- b - Con otros parientes
- c - Con amigos o conocidos
- d - Solo(a)
- e - Con mi pareja y/o mis hijos

171. Actualmente vivo en:

- a - Casa propia
- b - Casa rentada
- c - Departamento o condominio propio
- d - Departamento rentado
- e - En ningún lugar en particular (donde puedo)
- f - Otro lugar

172. El número de recámaras en mi vivienda actual es:

- a - una
- b - dos
- c - tres
- d - cuatro
- e - cinco
- f - seis o más

173. El número total de personas que vivimos en mi vivienda actual es:

- a - una
- b - dos
- c - tres
- d - cuatro
- e - cinco
- f - seis o más

174. En cuanto a mis (nuestras) condiciones de vida actuales pienso que:

- a - Nos sobra espacio
- b - Tenemos suficiente espacio para todos
- c - Estamos un poco amontonados
- d - Estamos amontonados
- e - Estamos muy amontonados

175. Creo que se me ha tratado mal por razón de mi aspecto, color, religión, origen o nacionalidad:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces si, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- f - Nunca

176. Esto me ha pasado en (marque el más importante):

- a - El trabajo o la escuela
- b - El vecindario o barrio
- c - Los lugares donde hago compras
- d - Reuniones sociales
- e - Hoteles o restaurantes
- f - Otro lugar o situación

177. Mi religión es la:

- a - Católica
- b - Judía
- c - Protestante
- d - Islámica
- e - Otra
- f - Ninguna

178. Soy:

- a - Nada religioso(a)
- b - Un poco religioso(a)
- c - Medianamente religioso(a)
- d - Religioso(a)
- e - Muy religioso(a)

¡MUCHAS GRACIAS POR SU COOPERACION Y PACIENCIA!

**CUESTIONARIO DE ATAQUES DE PANICO  
VERSION DSM-IV**

Por favor conteste las siguientes preguntas:

Tiene cinco años o más de residir en esta ciudad: Si ( ) No ( )

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: Mujer ( ) Hombre ( )

Ocupación: \_\_\_\_\_ Grado Escolar: \_\_\_\_\_

Estado Civil: ( ) Soltero (nunca me he casado),

( ) Unión libre, ( ) Casado,

( ) Separado, ( ) Divorciado, ( ) Viudo.

Un ataque de pánico es la aparición súbita de una sensación intensa de miedo, o terror, que frecuentemente se asocia con sentimientos de muerte inminente. Algunos de los síntomas que se experimentan durante un ataque de pánico son: mareo, dificultad para respirar, malestar o dolor en el pecho, sensación de ahogo o asfixia y temor a "volverse loco" o perder el control.

Si usted ha experimentado uno o más ataques de pánico durante el último año por favor conteste todas las preguntas de este cuestionario.

Si usted no ha experimentado un ataque de pánico durante el último año por favor conteste sólo la pregunta 24.

1. ¿Aproximadamente cuántos ataques de pánico ha experimentado durante el último año?

1      2      3      4      5      6      7      8      9      10      11 ó más

2. ¿Cuántos ataques de pánico ha tenido en las últimas cuatro semanas?

1      2      3      4      5      6      7      8      9      10      11 ó más

3. ¿Cuál es el mayor número de ataques de pánico que ha tenido en un mes?

1      2      3      4      5      6      7      8      9      10      11 ó más

4. ¿Durante cuántos meses o años (aproximadamente) ha estado experimentando ataques de pánico?

\_\_\_\_\_ años    \_\_\_\_\_ meses

5. ¿Hace cuánto experimentó el peor ataque de pánico?

\_\_\_\_\_ años    \_\_\_\_\_ meses    \_\_\_\_\_ semanas    \_\_\_\_\_ días

6. ¿Alguna vez ha experimentado un ataque de pánico inesperado ("sin causa conocida")?

\_\_\_\_\_ no    \_\_\_\_\_ sí

7. Si contestó afirmativamente a la pregunta 6, por favor indique la proporción de ataques de pánico inesperados que usted ha experimentado.

\_\_\_\_\_ todos    \_\_\_\_\_ la mayoría    \_\_\_\_\_ algunos    \_\_\_\_\_ pocos    \_\_\_\_\_ ninguno

8. Si usted recuerda su primer ataque de pánico, por favor describa brevemente las circunstancias presentes al momento del ataque ( por ejem. ¿en dónde estaba usted, qué estaba haciendo?)

---

---

---

---

9. ¿Qué tan desagradables o incómodos son sus ataques de pánico?

Para nada	Regular	Moderadamente	Mucho	Extremadamente
0	1	2	3	4

10. ¿En qué medida los ataques de pánico han restringido o han cambiado su estilo de vida ( por ejem. Actividades que usted realiza, lugares a los que va)?

Sin cambio	Algo	Moderado	Bastante	Cambio extremo
0	1	2	3	4

11. ¿Evita situaciones en particular por miedo a tener un ataque de pánico?

\_\_\_\_\_ no    \_\_\_\_\_ sí

12. Si usted contestó afirmativamente a la pregunta 11, indique por favor ¿qué situaciones evita?

---



---



---

13. Por favor indique con qué severidad experimentó cada uno de los siguientes síntomas durante su más reciente ataque de pánico y durante el más severo.

	No ocurre	Leve	Moderado	Severo	Muy severo		
	0	1	2	3	4	El mas reciente	El más severo
a. Dificultad para respirar o sensación sofocante						0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
b. Sensaciones de mareo, inestabilidad o desmayo						0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
c. Aumento o palpitación del ritmo cardíaco						0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
d. Temblor o agitación						0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
e. Sudoración						0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
f. Sensación de ahogo						0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
g. Náusea o malestar estomacal						0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
h. Sensación de que las cosas no son reales						0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
i. Sensaciones de adormecimiento o cosquilleo						0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
j. Escalofríos o oleadas de calor						0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
k. Dolor o incomodidad en el pecho						0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
l. Miedo a morir						0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
m. Miedo a volverse loco o perder el control.						0 1 2 3 4	0 1 2 3 4

	El mas reciente	El más severo
n. Dificultades visuales (por ejem. reducción del campo visual)	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
o. Dificultades auditivas (por ejem. dificultad para oír, campaneos en los oídos)	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
p. Dificultad para concentrarse	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
q. Deseo de escapar de la escena del ataque	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
r. Pensamientos o imágenes de los que no se puede deshacer	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
s. Dificultad para hablar	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
t. Sensaciones muy embarazosas	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4

14. Cuando ocurre un ataque de pánico ¿cuánto tiempo pasa entre el inicio del ataque y el momento en que es más intenso?

- a. Unos pocos minutos (0-10 minutos)
- b. 10 a 30 minutos.
- c. 30 minutos a una hora
- d. varias horas
- e. más de un día

15. Alguno de sus ataques surgió repentinamente y aumentó al máximo de intensidad en un periodo de 10 minutos antes de notar el primer síntoma?

\_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_ si

16. ¿En promedio, cuánto tiempo le dura un ataque de pánico (desde que inicia hasta que termina)?

- a. Unos pocos minutos (0-10 minutos)
- b. 10 a 30 minutos.
- c. 30 minutos a una hora
- d. varias horas
- e. más de un día

17. ¿Le preocupa el pensar en un ataque de pánico?

- a. No me preocupa
- b. Me pone ligeramente ansioso
- c. Me pone moderadamente ansioso
- d. Me pone muy ansioso
- e. Me pone extremadamente ansioso

18. ¿Le preocupa el pensar que un ataque de pánico le traiga consecuencias tales como: perder el control, sufrir un infarto, o "volverse loco"?

- a. No me preocupa
- b. Me pone ligeramente ansioso
- c. Me pone moderadamente ansioso
- d. Me pone muy ansioso
- e. Me pone extremadamente ansioso

19. ¿Qué tan graves (ya sea psicológica o físicamente) piensa que son sus ataques de pánico?

Para nada                      Moderados                      Extremadamente graves

0                      1                      2                      3                      4

20. ¿Alguna vez ha considerado buscar tratamiento para sus ataques de pánico?

- a. Nunca he pensado buscar tratamiento
- b. Lo he pensado, pero no seriamente
- c. Lo he pensado seriamente, pero en verdad dudo solicitarlo
- d. Lo he pensado seriamente e intento hacerlo en el futuro
- e. Busqué tratamiento (o actualmente lo estoy recibiendo) específicamente para ataques de pánico

21. ¿Alguna vez le han dicho que hay una razón médica para sus ataques de pánico?

\_\_\_\_\_ no                      \_\_\_\_\_ si

¿Cuál? \_\_\_\_\_

22. ¿Durante un ataque, ha perdido alguna vez el control o ha hecho algo incontrolable de lo que usted se lamentara después.

\_\_\_\_\_ no                      \_\_\_\_\_ si

explique \_\_\_\_\_



23. Por favor describa en dónde estaba y qué estaba haciendo cuando experimentó sus últimos tres ataques de pánico (si los ha tenido) e indique, en cada situación, si el ataque fue por una causa desconocida.

	Causa conocida	Causa desconocida
a) _____	_____	_____
b) _____	_____	_____
c) _____	_____	_____

24. Hasta donde usted sabe, de la lista que se presenta a continuación, ¿alguno de los miembros de su familia ha experimentado ataques de pánico?

	Edad	Si	No	No sé
Mamá	_____	_____	_____	_____
Papá	_____	_____	_____	_____
Hermana(s)	_____	_____	_____	_____
Hermano(s)	_____	_____	_____	_____
Hija(s)	_____	_____	_____	_____
Hijo(s)	_____	_____	_____	_____



# A S I

Código.....Edad..... Sexo (Hombre \_\_ Mujer \_\_)

**INSTRUCCIONES:**

Conteste al siguiente cuestionario rodeando con un círculo la alternativa (0, 1, 2, 3, 4) que mejor refleje el grado en que está de acuerdo con cada uno de los enunciados que se indican a continuación, teniendo en cuenta la siguiente gradación:

0	1	2	3	4
Nada en absoluto	Un poco	Bastante	Mucho	Muchísimo

Procure contestar a todas las frases de acuerdo con su propia experiencia, si alguna de las frases se refiere a algo que Ud. No ha vivido o experimentado nunca, conteste en base a lo que Ud. piensa que podría sentir si hubiera tenido tal experiencia. Por favor conteste todas las frases.

	0	1	2	3	4
1. Para mí es importante no dar la impresión de estar nervioso/a.....	0	1	2	3	4
2. Cuando no puedo mantener mi mente concentrada en una tarea, siento la preocupación de que podría estar volviéndome loco/a.....	0	1	2	3	4
3. Me asusto cuando siento que tiemblo.....	0	1	2	3	4
4. Me asusto cuando siento que me desmayo o me mareo.....	0	1	2	3	4
5. Es importante para mí mantener el control de mis emociones.....	0	1	2	3	4
6. Me asusto cuando mi corazón late de forma rápida.....	0	1	2	3	4
7. Me resulta embarazoso o molesto cuando mi estómago hace ruidos.....	0	1	2	3	4
8. Me asusto cuando tengo náuseas (sensación de vómito).....	0	1	2	3	4
9. Cuando noto que mi corazón esta latiendo muy deprisa, me preocupa que pueda tener un ataque cardíaco.....	0	1	2	3	4
10. Me asusto cuando no puedo respirar hondo o respiro con dificultad.....	0	1	2	3	4
11. Cuando me molesta el estómago, me preocupa pueda estar seriamente enfermo.....	0	1	2	3	4
12. Me asusto cuando soy incapaz de mantener mi mente concentrada en una tarea.....	0	1	2	3	4
13. Cuando siento que tiemblo la gente suele darse cuenta.....	0	1	2	3	4
14. Las sensaciones corporales poco habituales (raras) me asustan.....	0	1	2	3	4
15. Cuando estoy nervioso/a me preocupa que pueda estar mentalmente enfermo/a.....	0	1	2	3	4
16. Me asusto cuando estoy nervioso/a.....	0	1	2	3	4

## INVENTARIO DE BECK BDI\*

Fecha: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Edo. Civil \_\_\_\_\_  
Escolaridad: \_\_\_\_\_  
Ocupación: \_\_\_\_\_  
Domicilio (Colonia y Delegación): \_\_\_\_\_

En este cuestionario se encuentran grupos de oraciones. Por favor lea cada una cuidadosamente. Posteriormente escoja una oración de cada grupo que mejor describa la manera en que usted se **SINTIO LA SEMANA PASADA INCLUSIVE EL DIA DE HOY**. Encierre en un círculo el número que se encuentra al lado de la oración que usted escogió. Si varias oraciones de un grupo se aplican a su caso circule cada una. Asegúrese de leer todas las oraciones en cada grupo antes de hacer su elección.

0. Yo no me siento triste

1. Me siento triste
2. Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo
3. Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo

6 0. Yo no me siento que esté siendo castigado

1. Siento que podría ser castigado
2. Espero ser castigado
3. Siento que he sido castigado

0. En general no me siento descorazonado por el futuro

1. Me siento descorazonado por mi futuro
2. Siento que no tengo nada que esperar del futuro
3. Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no pueden mejorar

7 0. Yo no me siento desilusionado de mí mismo

1. Estoy desilusionado de mí mismo
2. Estoy disgustado conmigo mismo
3. Me odio

0. Yo no me siento como un fracasado

1. Siento que he fracasado más que las personas en general
2. Al repasar lo que he vivido, todo lo que veo son muchos fracasos
3. Siento que soy un completo fracaso como persona

8 0. Yo no me siento que sea peor que otras personas

1. Me crítico a mí mismo por mis debilidades o errores
2. Me culpo todo el tiempo por mis fallas
3. Me culpo por todo lo malo que sucede

0. Obtengo tanta satisfacción de las cosas como solía hacerlo

1. Yo no disfruto de las cosas de la manera como solía hacerlo
2. Ya no obtengo verdadera satisfacción de nada
3. Estoy insatisfecho o aburrido con todo

9 0. Yo no tengo pensamientos suicidas

1. Tengo pensamientos suicidas pero no los llevaría a cabo
2. Me gustaría suicidarme
3. Me suicidaría si tuviera la oportunidad

0. En realidad yo no me siento culpable

1. Me siento culpable una gran parte del tiempo
2. Me siento culpable la mayor parte del tiempo
3. Me siento culpable todo el tiempo

10 0. Yo no lloro más de lo usual

1. Lloro más ahora de lo que solía hacerlo
2. Actualmente lloro todo el tiempo
3. Antes podía llorar, pero ahora no lo puedo hacer a pesar de que lo deseo

0. Yo no estoy más irritable de lo que solía estar
1. Me enojo o irrito más fácilmente que antes
  2. Me siento irritado todo el tiempo
  3. Ya no me irrito de las cosas por las que solía hacerlo
0. Yo no he perdido el interés en la gente
1. Estoy menos interesado en la gente de lo que solía estar
  2. He perdido en gran medida el interés en la gente
  3. He perdido todo el interés en la gente
0. Tomo decisiones tan bien como siempre lo he hecho
1. Pospongo tomar decisiones más que antes
  2. Tengo más dificultad en tomar decisiones que antes
  3. Ya no puedo tomar decisiones
0. Yo no siento que me vea peor de como me veía
1. Estoy preocupado de verme viejo (a) o poco atractivo (a)
  2. Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen ver poco atractivo (a)
  3. Creo que me veo feo (a)
0. Puedo trabajar tan bien como antes
1. Requiero de más esfuerzo para iniciar algo
  2. Tengo que obligarme para hacer algo
  3. Yo no puedo hacer ningún trabajo
0. Puedo dormir tan bien como antes
1. Ya no duermo tan bien como solía hacerlo
  2. Me despierto una o dos horas más temprano de lo normal y me cuesta trabajo volverme a dormir
  3. Me despierto muchas horas antes de lo que solía hacerlo y no me puedo volver a dormir
- 17 0. Yo no me canso más de lo habitual
1. Me canso más fácilmente de lo que solía hacerlo
  2. Con cualquier cosa que haga me canso
  3. Estoy muy cansado para hacer cualquier cosa
- 18 0. Mi apetito no es peor de lo habitual
1. Mi apetito no es tan bueno como solía serlo
  2. Mi apetito está muy mal ahora
  3. No tengo apetito de nada
- 19 0. Yo no he perdido mucho peso últimamente
1. He perdido más de dos kilogramos
  2. He perdido más de cinco kilogramos
  3. He perdido más de ocho kilogramos
- A propósito estoy tratando de perder peso comiendo menos
- Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
- 20 0. Yo no estoy más preocupado de mi salud que antes
1. Estoy preocupado acerca de problemas físicos tales como dolores, malestar estomacal o constipación
  2. Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en algo más
  3. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa
- 21 0. Yo no he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
1. Estoy menos interesado en el sexo de lo que estaba
  2. Estoy mucho menos interesado en el sexo ahora
  3. He perdido completamente el interés por el sexo

**INVENTARIO DE BECK (BAI)**

NOMBRE \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_  
 OCUPACION \_\_\_\_\_ EDO. CIVIL \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

*Instrucciones: Abajo hay una lista que contiene los síntomas más comunes de la ansiedad. Lee cuidadosamente cada afirmación. Indica cuánto te ha molestado cada síntoma durante la última semana, inclusive hoy, marcando con una X según la intensidad de la molestia.*

	POCO O NADA	MAS O MENOS	MODERADA MENTE	SEVERA MENTE.
1. ENTUMECIMIENTO, HORMIGUEO.	_____	_____	_____	_____
2. SENTIR OLEADAS DE CALOR. (BOCHORNO).	_____	_____	_____	_____
3. DEBILITAMIENTO DE LAS PIERNAS.	_____	_____	_____	_____
4. DIFICULTAD PARA RELAJARSE.	_____	_____	_____	_____
5. MIEDO A QUE PASE LO PEOR.	_____	_____	_____	_____
6. SENSACIÓN DE MAREO.	_____	_____	_____	_____
7. OPRESIÓN EN EL PECHO, O LATIDOS ACELERADOS.	_____	_____	_____	_____
8. INSEGURIDAD.	_____	_____	_____	_____
9. TERROR.	_____	_____	_____	_____
10. NERVIOSISMO.	_____	_____	_____	_____
11. SENSACIÓN DE AHOGO.	_____	_____	_____	_____
12. MANOS TEMBLOROSAS.	_____	_____	_____	_____
13. CUERPO TEMBLOROSO.	_____	_____	_____	_____
14. MIEDO A PERDER EL CONTROL.	_____	_____	_____	_____
15. DIFICULTAD PARA RESPIRAR.	_____	_____	_____	_____
16. MIEDO A MORIR.	_____	_____	_____	_____
17. ASUSTADO.	_____	_____	_____	_____
18. INDIGESTION, O MALESTAR ESTOMACAL.	_____	_____	_____	_____
19. DEBILIDAD.	_____	_____	_____	_____
20. RUBORIZARSE, SONROJAMIENTO.	_____	_____	_____	_____
21. SUBORACIÓN (NO DEBIDA AL CALOR).	_____	_____	_____	_____