
Cómo citar este texto:

Duran Columbie N. (2020). Trastorno de pánico: estudio clínico y evaluación psicométrica en pacientes del Centro de Salud Mental Comunitario del municipio de Holguín. REEA. No. 6, Vol II. Agosto 2020. Pp. 393-416. Centro Latinoamericano de Estudios en Epistemología Pedagógica. URL disponible en: <http://www.eumed.net/rev/reea>

Recibido: 31 de agosto de 2019.

Aceptado: 31 de enero de 2020.

Publicado: agosto de 2020.

Indexada y catalogado por:



Trastorno de pánico: estudio clínico y evaluación psicométrica en pacientes del Centro de Salud Mental Comunitario del municipio de Holguín.

Resumen: Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal para describir el comportamiento clínico y psicométrico de los pacientes con trastorno de pánico en el Centro de Salud Mental Comunitario del Municipio de Holguín en el periodo comprendido desde enero 2016 a enero 2019. Se tomó como muestra a 33 pacientes con diagnóstico de trastorno de pánico, de la población total que ingresó a la institución médica y que cumplieron los criterios de inclusión, exclusión y salida válidos para la investigación. Se utilizó como fuente primaria de obtención de datos las historias clínicas de los pacientes, a los cuales para su diagnóstico definitivo se les aplicó la entrevista semi-estructurada (SCAN) validada por la Organización Mundial de la Salud (O.M.S) como instrumento diagnóstico en neuropsiquiatría. A estos pacientes se les realizó la evaluación de factores cognitivos positivos y negativos relacionadas con el trastorno de pánico, a través de la aplicación de Cuestionario Abreviado del Trastorno de Pánico (CATP). En los resultados se comprobó que la prevalencia del rango de edad entre 34-41 años, con una equivalencia de 1 hombre por cada 3 mujeres, con alta incidencia negativa del trastorno de pánico en las relaciones maritales, ocasionando divorcios y separaciones, así como el deterioro de las relaciones laborales. El nivel de ansiedad más alto fue en los hombres, refiriendo además en la comorbilidad que se destacaron los trastornos neuróticos. El periodo mínimo de padecimiento del trastorno de pánico fue de 3 a 5 años, con mayor presencia de agorafobia en las mujeres y la gravedad de la ansiedad anticipatoria se pudo corroborar que la mayoría de los pacientes están entre la categoría de leve y moderada. Se recomienda capacitar a los Médicos Generales Integrales para que logren el reconocimiento del trastorno de pánico y derivar hacia los especialistas de psiquiatría los casos identificados en su área de salud y realizar acciones de promoción y prevención de salud dirigidas a los sujetos con rasgos de personalidad identificados como proclives a desencadenar el trastorno de pánico.

Palabras clave: *trastorno de pánico, psicométrico, salud mental.*

Title: Upset of panic: Clinical study and evaluation psychometric in patients of the Mental Communal Health Care Facility of Holguín's municipality.

Summary: Transverse court's descriptive study to describe the clinical behavior and psychometric of the patients with upset of panic in the Mental Communal Health Care Facility of Holguín's Municipality in the period understood from January 2016 to January 2019 came true. You took like sign 33 patients with diagnosis of upset of panic, of the total population that you deposited the medical institution and that they obeyed the criteria of inclusion, exclusion and exit been worth for investigation. Utilized him like primary source of data acquisition the case histories of the patients, you interview to the ones that they applied for his definite diagnosis to them semi-structured (SCAN) validated for the World Health Organization (O.M.S) like diagnostic instrument in neuro-psychiatrist. They accomplished the evaluation of cognitive positive factors and minus signs related with the upset of panic, through questionnaires' application Abbreviated of Panic's upset to these patients (CATP). It was checked in the results than the prevalence of the range of age between 34-41 años, with 1 man's equivalency for each 3 women, with loud negative incidence of the upset of panic in the marital relations, causing divorces and separations, as well as the deterioration of labor relations. The level of higher anxiety was in the men, referring besides in the comorbidity that the neurotic upsets highlighted themselves. The minimal period of ailment of the upset of panic went from 3 to 5 years, with principal presence of agoraphobia in the women and the gravity of the anticipatory anxiety could corroborate itself than the majority of the patient they are between the categories of lift and moderated. It is recommended to capacitate the Integral General Practitioners in order that they achieve the recognition of the upset of panic and to derive toward the specialists of psychiatry the cases identified in his area of health and to accomplish promotional actions and prevention of health directed to the subjects with personality identified features I eat prone to trigger the upset of panic.

Key words: *Upset of panic, psychometrics, mental health.*

Transtorno de pânico: estudo clínico e avaliação psicométrica em pacientes do Centro de Saúde Mental Comunitário do município do Holguín.

Resumo: realizou-se um estudo descriptivo de corte transversal para descrever o comportamento clínico e psicométrico dos pacientes com transtorno de pânico no Centro de Saúde Mental Comunitário do Município do Holguín no período compreendido desde janeiro 2016 a janeiro 2019. Tomou como mostra a 33 pacientes com diagnóstico de transtorno de pânico, da população total que ingressou na instituição médica e que cumpriram os critérios de inclusão, exclusão e saída válidos para a investigação. Utilizou-se como fonte primária de obtenção de dados as histórias clínicas dos pacientes, aos quais para seu diagnóstico definitivo lhes aplicou a entrevista semi-estruturada (SCAN) validada pela Organização Mundial da Saúde (O.M.S) como instrumento diagnóstico em neuropsiquiatría. A estes pacientes lhes realizou a avaliação de fatores cognitivos positivos e negativos relacionadas com o transtorno de pânico, através da aplicação de Questionário Abreviado do Transtorno de pânico (CATP). Nos resultados se comprovou que a prevalencia da fila de idade entre 34-41 años, com uma equivalência de um homem por cada 3 mulheres, com alta incidência negativa do transtorno de pânico nas relações maritais, ocasionando divórcios e separações, assim como a deterioração das relações trabalhistas. O nível de ansiedade mais alto foi nos homens, refiriendo além na comorbilidad que se destacaram os transtornos neuróticos. O período mínimo de padecimento do transtorno de pânico foi de 3 a 5 anos, com major presença de agorafobia nas mulheres e a gravidade da ansiedade anticipatoria se pôde corroborar que a maioria dos pacientes está entre a categoria de leve e moderada. Recomenda-se capacitar aos Médicos Gerais Integrales para que obtenham o reconhecimento do transtorno de pânico e derivar para os especialistas de psiquiatría os casos identificados em sua área de saúde e realizar ações de promoção e prevenção de saúde dirigida aos sujeitos com rasgos de personalidade identificados como propensos a desencadear o transtorno de pânico.

394

Palavras chave: *transtorno de pânico, psicométrico, saúde mental.*

Introducción.

El trastorno de pánico (TP) se ha descrito como uno de los trastornos más frecuentemente atendidos en la clínica en las últimas décadas,¹ en parte por su alto grado de incapacidad asociada e interferencia en una mayoría de las áreas vitales de la persona.

El trastorno de pánico se da por presencia repetitiva de episodios de pánico y angustia. Es común que estas crisis comiencen entre la segunda y tercera década de la vida. Mundialmente, la prevalencia del cuadro varía entre 0.3 – 3.1%, mientras que en Chile se espera que el 3% de la población padezca Trastorno de Pánico en algún momento de su vida, presentándose mayormente en mujeres. Además, padecimientos de trastornos de ánimos facilitan la presencia de estas crisis. Las crisis de pánico surgen de manera repentina y sin un aparente desencadenante determinado. El individuo vivencia este hecho como un miedo o terror intenso, que puede durar minutos o permanecer durante más tiempo. El momento de máxima intensidad solo dura algunos minutos, sin embargo los individuos los perciben como eternos, e incluso, en ocasiones con la percepción de peligro de una muerte inminente.²

“Neuro-fisiológicamente puede ser definida la angustia como un estado generalizado de excitación, el que psicológicamente se traduce por un sentimiento de una amenaza o peligro, al que el ser humano se siente existencialmente expuesto. El individuo vivencia una falta (parcial) de protección.³

En una crisis de pánico surgen altos niveles de angustia, ansiedad y de excitación fisiológica con diversos síntomas muy agudos tales como taquicardia, dificultad para respirar, hiperventilación pulmonar, hipertensión arterial súbita, sudoración excesiva, mareos, náuseas, entre otros. También aparece la percepción de despersonalización, miedos extremos a movilizarse o urgencia de salir del lugar en que se encuentra, muchas veces el individuo siente el miedo de perder el control o enloquecer.²

Es muy común que los individuos que hayan sufrido una de estas crisis se preocupen en demasía por el próximo episodio, ya que no se puede determinar cuándo o dónde se producirán. A tanto llega el temor de una nueva crisis que muy comúnmente se presentan conductas evitativas y de huida, evitando lugares o situaciones en donde ya se han producido episodios de este tipo, limitando la vida diaria del individuo que la padece. En este caso, el temor constante a que estos ataques vuelvan a repetirse, la ansiedad que eso produce y la aparición frecuente de estos episodios, a tal punto de afectar el funcionamiento normal del individuo.

El trastorno de pánico con o sin agorafobia se viene considerando como un importante problema de salud pública,⁴ con una tasa de prevalencia anual de 1,8%, según una revisión de diversos estudios epidemiológicos europeos,⁵ Los datos aportados por un estudio realizado en seis países europeos (entre ellos España)

estiman una prevalencia a lo largo de la vida de 2,1% para el trastorno de pánico y de 0,9% para la agorafobia,⁶ (siendo el riesgo de padecerlo dos veces mayor en las mujeres.^{6, 7-8}

A pesar de esta elevada incidencia, y aunque algunos autores han argumentado que los pacientes con trastorno de pánico buscan ayuda profesional con mucha más frecuencia que pacientes con cualquier otro trastorno,⁴ el trastorno de pánico con o sin agorafobia, como muchos otros trastornos de ansiedad, en muchas ocasiones sigue pasando desapercibido en el primer nivel de la atención sanitaria. Entre los factores que explican las dificultades de detección de los trastornos de ansiedad,⁹ se han descrito la falta de especificidad de los síntomas, similares a los de una enfermedad médica (cansancio, palpitaciones, sudoración, etc.), la presentación en forma de quejas somáticas y no descripción por parte del paciente de los síntomas subjetivos y, de especial interés, la banalización de estos trastornos en la práctica general o consideración como problema psiquiátrico “menor”, con las consecuencias negativas que esto conlleva para las personas que lo padecen.

Dada la magnitud del problema, tanto a nivel personal como para el contexto socio sanitario, se comprende la necesidad de utilización de los tratamientos más eficaces para abordar el trastorno. En la actualidad, los programas calificados como “tratamientos bien establecidos” para el trastorno de pánico son fundamentalmente el Tratamiento del Control del Pánico,¹⁰ y la Terapia Cognitiva para el trastorno de pánico.¹¹ A lo largo de los últimos años se han venido produciendo diferentes enfoques teóricos sobre la etiopatogenia del trastorno de pánico y la ansiedad, enfatizándose en cada uno de ellos algún concepto relevante, incluyendo las leyes del condicionamiento clásico,¹² la ley de incubación,^{13, 14, 15} la hiperventilación,¹⁶ la autofocalización corporal,¹⁷ los factores neuroanatómicos,¹⁸ el aprendizaje inhibitorio,¹⁹ y los factores cognitivos.²⁰

Aunque algunos estudios no han proporcionado un claro apoyo a la asociación entre las interpretaciones catastrofistas de las sensaciones corporales y el Trastorno de Pánico,²¹ la evidencia clínica tiende a apoyar un papel predominante de dichas interpretaciones en la predicción de la gravedad del trastorno de pánico y en los mecanismos de cambio asociados a la terapia cognitivo-conductual aplicada al trastorno de pánico,^{11, 22, 23, 24}

En una línea similar, se ha demostrado que los pacientes con trastorno de pánico son más propensos que los pacientes con otros trastornos mentales (incluidos los trastornos de ansiedad) a interpretar las sensaciones corporales como indicadores de catástrofes de tipo físico, mental o social.^{24, 25}

Aunque el modelo cognitivo del Clark ha sido el modelo dominante sobre el pánico en la psicología clínica, algunos autores han enfatizado la necesidad de incorporar al modelo componentes cognitivos de tipo positivo. Específicamente, incorporaron el concepto de auto-eficacia ante el pánico (un factor cognitivo de naturaleza positiva) como elemento fundamental en la psicopatología del trastorno de pánico. La “auto-eficacia

ante el pánico” se refiere a la percepción que tiene el individuo sobre su capacidad para controlar un ataque de pánico, bien sea antes de su ocurrencia, o bien una vez que éste se ha iniciado). Basándose en dicho concepto, estos autores propusieron un nuevo modelo cognitivo que denominaron “modelo cognitivo integrativo del trastorno de pánico”.²³

De acuerdo con estos autores, tanto la presencia de interpretaciones catastrofistas de las sensaciones corporales como la ausencia de auto-eficacia ante el pánico contribuyen a la gravedad del Trastorno de pánico, y ambas desempeñan un papel fundamental en la psicopatología del trastorno pánico. Algunas investigaciones recientes han proporcionado evidencia empírica en favor de esta hipótesis que integra en la etiopatogenia del pánico los factores negativos (interpretaciones catastrofistas) y los factores positivos (auto eficacia ante el pánico) ^{22, 23, 26, 27, 28}

Los ataques de pánico pueden ocurrir en cualquier momento o lugar sin previo aviso. En el T.P se dan crisis repetidas, algunas de las cuales son inesperadas. Al menos una de ellas se ha seguido durante un mes (o más) de alguno de los siguientes síntomas:

1. Inquietud persistente por la posibilidad de tener más crisis;
2. Preocupación por sus consecuencias como por ejemplo perder el control, sufrir un infarto o volverse loco;
3. Cambio significativo del comportamiento relacionado con la crisis.²⁹

Por lo que se refiere a la crisis de pánico, estudios comunitarios a gran escala han mostrado que alrededor de un 10% de la población general adulta ha experimentado alguna, aunque en la mayoría de casos no llega a desarrollarse el T.P plantea Robins, et. al.³⁰

En cuanto al T.P específicamente, un extenso estudio llevado a cabo en 40.000 sujetos de diez países, muestra que el porcentaje de individuos de la población general que la padece en algún momento de su vida oscila entre el 1,4 y el 2,9%, apunta Roca E.¹⁵ Atendiendo al DSM-V,³¹ la prevalencia anual se sitúa entre el 1,5 y el 3,5%.

Este trastorno presenta una comorbilidad importante con otros trastornos mentales. Un 50-60% de los pacientes que padecen T.P, presentan una depresión mayor. En un tercio de éstos, el T.P coincide o precede a la aparición del trastorno depresivo mayor. La comorbilidad con otros trastornos de ansiedad también es frecuente: entre un 15 y un 30% de los pacientes con T.P padecen fobia social; un 25% presentan ansiedad generalizada; entre un 10 y un 20% fobia específica; y entre un 8 y un 10% trastorno obsesivo-compulsivo. También se ha asociado este trastorno al trastorno de ansiedad por separación en la infancia. Debido a esto, parece importante llevar a cabo un diagnóstico diferencial minucioso y exhaustivo. Para ello, seguiremos las recomendaciones del DSM-IV-TR y el trabajo de Botella y Ballester (1995).

En estudios realizados en la población general, entre el 1/3 y 1/2 de los individuos con trastorno de pánico, presentan también agorafobia. En nuestras clínicas las cifras de agorafobia son mayores. Mientras la distribución por sexos es de un hombre por cada dos mujeres en el trastorno de pánico sin agorafobia y de un hombre por cada tres mujeres en la agorafobia.¹⁵

Las manifestaciones clínicas más recurrentes en los pacientes con T.P se agrupan en lo físico y lo psíquico y según Roca E,¹⁵ y Gradín Purroy C, Alonso Arana I.³² estas son:

Síntomas Físicos

- palpitaciones
- sudoración
- temblores
- sequedad de boca
- disnea
- dolor precordial
- náuseas
- diarrea
- mareos
- hiperhidrosis
- hormigueo en extremidades
- frecuencia urinaria

Síntomas Psíquicos

- sensación de desrealización/despersonalización
- sensación de muerte inminente
- sensación de inestabilidad
- miedo a perder el control
- confusión y distorsiones en la percepción

Apuntan Chambless DL, Hunter K, Jackson A.³³ que el trastorno de pánico desencadena una serie de comportamientos y complicaciones que deben preverse por el psiquiatra a fin de determinar los riesgos potenciales que el paciente presenta. En este caso el trabajo de Chambless y sus colegas sugiere que los pacientes que sufren trastorno de pánico son más dependientes y menos asertivos, y, por tanto, poco eficaces en resolver los conflictos interpersonales. Como consecuencia, se ha sugerido por Hafner y Minge³⁴ que el T.P se asocia con mayor frecuencia a problemas conyugales.

Con respecto al riesgo de suicidio en pacientes con trastorno de pánico, se mencionan estudios como el de Markowitz JS, Weissman MM, Ouellette R, Lish JD, y Klerman GL.,³⁵ que declaran al 20% de los pacientes con trastorno de pánico han intentado suicidarse en algún momento de sus vidas. Otros investigadores

alarmados por estos datos realizaron estudios sin obtener datos que relacionaran el riesgo de suicidio con el diagnóstico de trastorno de pánico.³⁶ Por otra parte, se hace mención de algunos estudios que relacionan el aumento del riesgo de suicidio en pacientes con trastorno de pánico con la existencia de comorbilidad con trastornos emocionales o el abuso de sustancias en investigaciones de Beck.^{37, 38}

Estudios prospectivos han demostrado que el curso del T.P, especialmente cuando se acompaña de A.G, que estos son generalmente crónicos y se caracterizan por frecuentes recaídas seguidas de periodos de remisión destacan Faravelli y Paionni.³⁹

Durante ocho años, el Programa de Investigación en Ansiedad de Harvard (H.A.R.P) ha realizado entrevistas de manera continua a pacientes diagnosticados de T.P, con o sin agorafobia, que recibían tratamiento en distintos lugares. Los resultados revelan que la duración del trastorno antes de acudir a consulta fue de más de 10 años según concluye Keller, et al.⁴⁰ Además, el estudio HARP demostró que los pacientes son tratados en mayor medida mediante tratamientos farmacológicos y pocos pacientes reciben terapia cognitivo-comportamental en opinión de Goisman et al.,^{41, 42} 1993), a pesar de haber demostrado su eficacia apunta Clark et al.⁴³⁻⁴⁴

Cowley, D. S., Flick, S. N. y Roy-Byrne, P. P.⁴⁵ revisaron 16 estudios controlados de terapia farmacológica donde examinaron el estado de los pacientes con T.P desde el primer año hasta el seguimiento a los siete años después del tratamiento. En general, la presencia de agorafobia, depresión mayor y trastornos de la personalidad en el inicio del trastorno se asoció con un peor pronóstico. En estudios longitudinales con pacientes diagnosticados de T.P se pone de manifiesto que, entre el 17 y el 70% de pacientes todavía experimentan ataques de pánico y entre el 36 y el 82% presentan evitación fóbica en el seguimiento plantean Katschnig y Amering.⁴⁶

En resumen, se puede concluir en estos aspectos que el elevado porcentaje de personas diagnosticadas con T.P en la Unión Europea concretamente, el gran sufrimiento y deterioro que puede conllevar esta patología, el absentismo laboral y la consecuente pérdida de productividad, junto con el elevado coste para los sistemas sanitarios, ha llevado a los responsables de determinar el futuro de las políticas europeas en materia de salud, en el marco de la Conferencia Ministerial Europea de la O.M.S sobre salud mental.⁴⁷

Dada la magnitud del problema, tanto a nivel personal como para el contexto sociosanitario, se comprende la necesidad de utilización de los tratamientos más eficaces para abordar el trastorno. En la actualidad, los programas calificados como “tratamientos bien establecidos” para el T.P son fundamentalmente el Tratamiento del Control del Pánico y la Terapia Cognitiva para el trastorno de pánico, siguiendo estos tratamientos protocolizados.⁴⁸

Muchas investigaciones se han centrado en el impacto y limitaciones del T.P en la calidad de vida de las personas que lo padecen. Los resultados revelan que el T.P se asocia con un significativo deterioro en la calidad de vida, comparado con aquellos pacientes que sufren depresión mayor. Aproximadamente un tercio de pacientes con T.P indican una pobre salud emocional y física.⁴⁹ Además del sufrimiento emocional y de salud, el T.P a menudo contribuye a desarrollar un deterioro significativo en el funcionamiento ocupacional. Por Ejemplo, Massion, Warshaw y Keller⁵⁰ encontraron que existía un porcentaje de desempleo cuatro veces mayor (comparado con el porcentaje nacional en EUA) en pacientes con T.P y un aumento del porcentaje de dependencia financiera.

La existencia a nivel latinoamericano de los T.P no está estimada en una buena totalidad, al no encontrarse registros sistemáticos de los estudios estadísticos al respecto. Sobre todo porque muchos de los casos dependen de una asistencia psicológica o psiquiátrica que no está a su alcance. En este sentido cada uno de los estudios alude a una elevación exponencial de los T.P; sin embargo las estadísticas son confusas al respecto.⁵¹

En Cuba aun cuando se sistematizan los anuarios estadísticos y los estudios en el área de los desórdenes mentales están bien ajustados a criterios de información científica, no se ha encontrado en la bibliografía consultada elementos que apunten a cómo se comporta en lo clínico y la evaluación psicométrica el T.P. Cuestión que motiva la investigación al no ser diferente en el contexto holguinero.

Por tanto, los elementos antes relacionados instan a la autora a declarar como problema científico ¿Cuál es el comportamiento clínico y la evaluación psicométrica del trastorno de pánico en pacientes del Centro de Salud Mental Comunitario del Municipio de Holguín en el periodo comprendido desde enero 2016 a enero 2019?

Objetivo general: Describir el comportamiento clínico y psicométrico de los pacientes con trastorno de pánico del Centro de Salud Mental Comunitario del Municipio de Holguín en el periodo comprendido desde enero 2017 a enero 2018.

Materiales y métodos.

Esta investigación se realiza en base al estudio de casos. Los estudios de casos son la herramienta más competente para observar y recabar información de un fenómeno contemporáneo insertado en un contexto social determinado. El estudio de casos permite investigar a partir de una unidad única de análisis, en un tiempo y espacio determinado, centrándose más bien, en el interés que despierta el caso en sí mismo. El estudio de casos facilita el análisis y la comprensión de un fenómeno particular.

Se tomará como universo los pacientes con diagnóstico de trastorno de Pánico que ingresaran en el CCSM de la ciudad de Holguín en el periodo comprendido de enero de 2017 a enero 2018. La muestra fue seleccionada de manera intencional al asumir a 33 pacientes con diagnóstico de trastorno de pánico que ingresaron en el centro de la población total que ingresó a la institución médica.

Técnica de recolección y análisis de la información.

La técnica a utilizar será la entrevista en profundidad individual. La elección de la técnica está dada por el objetivo de la investigación que es conocer la vivencia de los pacientes, es una investigación más bien subjetiva y por ello no hay mejor método que recurrir directamente a las fuentes para conocer en primera persona aquello que el otro tiene que decir.

Con la entrevista en profundidad se establece una interacción peculiar con el entrevistado mediante un juego de preguntas abiertas y libres, las cuales van guiando la recolección de la información necesaria para el estudio. Una de las cualidades y fortalezas de la entrevista es que permite recolectar información de dos tipos, verbal y no verbal. La entrevista es la técnica cualitativa por excelencia ya que posibilita la obtención de información expresada por los sujetos de su manera de pensar, sentir, de sus valoraciones, significados, motivaciones y representaciones de la realidad, que están estrechamente asociadas a las experiencias vividas por el entrevistado. En esta técnica se da una relación dialógica entre entrevistador y entrevistado, es una conversación entre dos iguales, sin jerarquías y es libre y no un simple cuestionario de preguntas pre-establecidas y respuestas.

La información obtenida en una entrevista debe ser comprendida desde la mirada de los entrevistados y para ello se realiza un análisis coherente del contenido de la información para poder ser comprendida desde las mismas claves simbólicas de los entrevistados y no desde la propia perspectiva del investigador. Para analizar la información obtenida se realizara análisis de contenido respecto las entrevistas realizadas a los participantes.

El análisis puede ser directo o indirecto. En el análisis directo se observa el contenido manifiesto del discurso de forma literal, exclusivamente y sin buscar interpretaciones a partir de lo dicho; en cambio en el análisis indirecto se toma en consideración, no solo el contenido manifiesto, aquello comunicado expresa y literalmente, sino también el contenido latente, aquello que está detrás de lo dicho. (Gómez. 1999)

La forma de interpretar la información desde el análisis de contenido es desde la inferencia del contenido manifiesto de este, profundizando lo comunicado verbalmente e integrando también, el contenido latente de un discurso. Para el análisis se construyen categorías de modo de desglosar la información en unidades de

sentido que permitan al investigador interpretar y observar simbolismos implicados en el discurso y que permitan al investigador conocer o visualizar la construcción de realidad del tema a explorar. (Cáceres. 2003)

Análisis Descriptivo por Categorías.

Para realizar las categorías predefinidas, se estableció cuáles son los factores que lograrían ayudar a responder la pregunta de investigación y además focalizar cual era el sentido que se quería indagar en las entrevistas.

Categoría Crisis de pánico: Episodios de pánico vivenciados por la entrevistada y sus correspondientes síntomas, sensaciones, reacciones. Según la bibliografía revisada, la entrevistada experimentó todos o casi todos los síntomas y sensaciones que permiten diagnosticar una crisis de pánico en ambos manuales revisados (DMS IV- CIE10) Y que posteriormente derivó en un Trastorno de Pánico.

Tópicos.

- 1.- Síntomas: Para esto se consideraran como síntomas toda reacción somática frente al episodio de crisis, vivenciado por la entrevistada.
- 2.- Sensaciones: Se refiere a las sensaciones, emociones y pensamientos relatados por la entrevistada antes, durante y posterior al episodio de crisis.
- 3.- Reacciones: Se abordará en este tópico, todas las acciones, posiciones y/o actitudes que haya tomado la entrevistada en los momentos de crisis.

Categoría Escalas de evaluación: Cuestionario Abreviado del Trastorno de Pánico (CATP) anexo 1), adicionalmente, de la Panic Disorder Severity Scale–Self Report (PDSS-SR).

El CATP incluye tres escalas:

1. Escala de Interpretaciones Catastrofistas al Pánico (EICP) La estructura trifactorial de la escala EICP consistente con las tres dimensiones de interpretaciones catastrofistas (física, mental y social) validado por la OMS (anexo 2),
2. Escala de Autoeficacia ante el Pánico (EAP)
3. Escala de Gravedad del Pánico (EGP).

Análisis y discusión de resultados.

Tabla 1. Distribución por edad y sexo de los pacientes con T.P atendidos en el CCSM de Holguín en el período enero 2016 a enero 2019.

Sexo	Masculino		Femenino		Totales	
	N	%	N	%	N	%
Edad						
18-25 años	-	-	7	33,3	7	21,2
26-33 años	8	66,7	-	-	8	24,3
34-41 años	3	25	11	52,4	14	42,4
42-49 años	1	8,3	2	9,5	3	9,1
50-57 años	-	-	1	4,8	1	3
58 +	-	-	-	-	-	
Total	12	100	21	100	33	100

Fuente: H.C

La Tabla 1. Demostró que existen una mayor cantidad de pacientes del sexo femenino con T.P que del sexo masculino con por cientos entre 64,6% y 36,4% respectivamente. Predominó el grupo etario de 34-41 años con 14 pacientes que representa un 42,4%; distribuido con 3 masculinos y 11 femeninos. Estos datos de la tabla aluden a una equivalencia de 1 hombre por cada 3 mujeres con T.P.

En opinión de Mennin Ds, Heimerg Rg, Craig S.¹¹ el trastorno de pánico posee una prevalencia del 1.4 a 2.9%. Este es más frecuente en mujeres como bien se aprecia en los resultados estadísticos de la investigación, mientras la edad media de aparición es a los 25 años, aunque puede aparecer en cualquier momento de la vida. Generalmente está asociado a trastorno depresivo mayor (10-15%), a otros trastornos de ansiedad, hipocondría, trastornos de la personalidad y a consumo de sustancias.

Opina un grupo de investigadores del National Institute of Mental Health,⁵² que usualmente el T.P comienza cuando las personas son adultos jóvenes, entre las edades de 18 a 24 años. A veces comienza cuando una persona se encuentra bajo una cantidad enorme de estrés, como por ejemplo luego de la muerte de un familiar o ser querido o después de tener un bebé. Cualquier persona puede padecer trastorno de pánico, pero es más común en las mujeres que en los hombres.

La publicación de Frangella L, Gramajo M.⁵³ en la Fundación FORO de psiquiatría defiende como datos sociodemográficos algún nivel de discrepancia con el autor anterior en cuanto a la edad de inicio del T.P, aludiendo que esta es típica es entre los 25 y 30 años. No obstante, se confirma que 3 de cada 4 afectados son mujeres, que una de cada diez personas tiene una crisis de pánico a lo largo de su vida, así como que una de cada treinta personas padece la enfermedad (entre el 2 y el 5% de la población general).

Tabla 2. Distribución de los pacientes con T.P atendidos en el CCSM de Holguín según su estado civil, en el período enero 2016 a enero 2019.

Estado civil	Masculino		Femenino		Totales	
	N	%	N	%	N	%
	Soltero	3	25	5	23,8	8
Casado	4	33,3	8	38,2	12	36,4
Divorciado	5	41,7	4	19	9	27,3
Viudo	-	-	4	19	4	12,1
Total	12	100	21	100	33	100

Fuente: Entrevista semi-estructurada.

La Tabla 2. destaca que la cantidad de pacientes casados es menor a la de pacientes divorciados y solteros (12/17). Estos datos son referencia en cuanto a que las relaciones maritales o íntimas se ven afectadas en gran medida por la presencia del T.P, sobre todo, según se aprecia en la aplicación de los instrumentos cuando las crisis o ataques de pánico son repetidos o por períodos prolongados, cuestión que es muy poco comprensible por la pareja que no está afectada por dicho trastorno.

Osma López JJ.⁹ reveló con su estudio sobre influencia de la personalidad en la clínica del trastorno de pánico con o sin agorafobia, desarrollado en la Universitat Jaume I, Facultad de Ciencias Humanas y Sociales, específicamente en el Departamento de Psicología Básica, Clínica y Psicobiología, que en una muestra de 152 pacientes con T.P (37,6% hombres; 54,5% mujeres; con una media de edad de 30 años), la mayoría eran solteros en un 59,61%. El resto de los indicadores estuvo por debajo en los resultados por ejemplo solo el 34,61% estaba casado y el resto casi equivalente entre divorciados y viudos.

El que existan mayor cantidad de pacientes divorciados o solteros con T.P es consistente con que se ha sugerido que este (fundamentalmente con presencia de agorafobia) se asocia con mayores niveles de problemas conyugales en opinión de Hafner y Minge.³⁸ Para comprobar esta hipótesis, Arrindell y Emmelkamp,⁵⁴ (1986) administraron autoinformes sobre ajuste marital e intimidad a las parejas de mujeres con T.P, parejas sin una mujer fóbica, parejas con problemas conyugales y parejas felizmente casadas.

Los resultados revelaron que los pacientes con trastorno de pánico describían su matrimonio como menos satisfactorio que las parejas felizmente casadas pero no más satisfactorio que las parejas con problemas conyugales. Recientemente, Chambless et al.⁵⁵ argumentaron que estas conclusiones eran

prematuras y estaban basadas en autoinformes. Por ello, estos autores recogieron medidas observacionales sobre las interacciones maritales en una muestra de parejas casadas con mujeres agorafóbicas y un grupo de parejas control. Los resultados fueron consistentes con investigaciones anteriores, el grupo de parejas clínico manifestó mayor malestar en autoinformes, mostraron un mayor número de conductas no verbales negativas y mayores periodos de interacciones negativas.

Tabla 3. Distribución de los pacientes con T.P atendidos en el CCSM de Holguín según su nivel escolar, en el período enero 2016 a enero 2019.

Nivel escolar	Masculino		Femenino		Totales	
	N	%	N	%	N	%
Iletrado	1	8,3	-	-	1	3
Primaria	1	8,3	2	9,5	3	9
Secundaria	4	33,1	3	14,3	7	21,2
Preuniversitario	6	50	9	42,8	15	45,5
Universidad	-	-	7	33,3	7	21,3
Total	12	100	21	100	33	100

Fuente: Entrevista semi-estructurada

La Tabla 3. se corresponde con la variable nivel escolar de los pacientes con T.P atendidos en el CCSM de Holguín. Los datos demostraron que el nivel es alto en las mujeres con 16 pacientes ubicadas entre la educación media superior y superior para un 48,5%. Para el caso del sexo masculino el nivel escolar que predominó está suscrito al nivel medio y medio superior fundamentalmente con unos 10 pacientes representando un 30,3%.

Entre los factores psicosociales Webster, 1953; Klein, 1964; Andrews, 1966, Shafar, 1976; Gittelman y Klein, 1984; Latas et al., 2000, destacan que los patrones familiares de educación y crianza excesivamente rígidos y sobreprotectores son un elemento de influencia en la aparición del T.P.

Sin embargo, pocos son los estudios que aportan acerca de cómo influye un mayor nivel de educación en los pacientes con T.P. Tal es así que la aparición inesperada del primer ataque de pánico más la intensidad de las sensaciones corporales y cognitivas que lo acompañan, provoca un sentimiento de miedo intenso, por esta razón la psicoeducación es una de las partes fundamentales del tratamiento psicológico ya que muchas personas tienen poca información acerca de lo que les pasa y la convicción de padecer algún trastorno físico.⁵⁶

La autora considera en función de lo apreciado en las consultas, de los resultados de los instrumentos y la experiencia, que los pacientes con un mayor nivel educativo son más propensos a entender en qué consiste el T.P y son más cooperativos a la hora de insertarse en determinada terapia. Por otro lado las manifestaciones de los que poseen menor nivel de educación como por ejemplo los iletrados (3%) tienden a no aceptar o entender su situación y por ende ser menos cooperativos en los aspectos terapéuticos.

Tabla 4. Distribución de los pacientes con T.P atendidos en el CCSM de Holguín según situación laboral, en el período enero 2016 a enero 2019.

Situación laboral	Masculino		Femenino		Totales	
	No	%	No	%	No	%
Estudiante	-	-	5	23,8	5	15,2
Disponible	3	25	8	38	11	33,3
Trabajador por cuenta propia	5	41,7	6	28,7	11	33,3
Trabajador estatal	4	33,3	2	9,5	6	18,2
Total	12	100	21	100	33	100

Fuente: Entrevista semi-estructurada

La Tabla 4. De distribución laboral, destaca que hay un alto por ciento de pacientes insertados en el trabajo estatal y por cuenta propia. No obstante, al ser mayor la cantidad de mujeres que de hombre que padecen el trastorno de pánico es recurrente que sea esta parte de la muestra la que mayor cantidad de pacientes tenga disponible (8). En total esta categoría según el CATP está sujeta en un 90% a la influencia negativa del trastorno de pánico.

Y es que como se plantea en la bibliografía especializada, entre las consecuencias indeseables del trastorno de pánico están el deterioro progresivo de las relaciones sociales y laborales. En este último caso autores como Coryel,⁵⁷ son del criterio que el padecimiento del trastorno de pánico afecta la estabilidad laboral. En este mismo sentido Osma López JJ,⁹ plantea que el trastorno de pánico provoca el absentismo laboral y la consecuente pérdida de productividad en las funciones del que lo padece.

Se concluye que algunos de los problemas que provocan a su alrededor el trastorno de pánico a los pacientes es que no saben manejar las frecuentes dificultades interpersonales que se les presentan, tales como el rechazo por parte de los demás, pérdidas de otras personas y problemas laborales apuntan: APA,⁵⁸ Beck y Freeman,⁵⁹ Kaplan et al.,⁶⁰ 1994; Oldham y Morris.⁶¹

Tabla 5. Comorbilidad del T.P en pacientes atendidos en el CCSM de Holguín en el período enero 2016 a enero 2019.

Comorbilidad	Masculino		Femenino		Totales	
	No	%	No	%	No	%
Sin antecedentes	1	8,3	4	19	5	15,1
Trastornos de la personalidad	-	-	1	4,7	1	3
Otros trastornos neuróticos	3	25	5	23,8	8	24,3
Ansiedad	8	66,6	11	52,5	19	57,6
Total	12	100	21	100	33	100

Fuente: CATP

La comorbilidad descrita a través de la Tabla 5. representa que es mayor el nivel de ansiedad en los pacientes, con un índice de 66,6% en los hombres y de 52,5% en las mujeres, para un total de 19 pacientes de 33 con altos índices de ansiedad. Los trastornos neuróticos, son el siguiente indicador de la lista que destacó, con un 24,3% total.

Osma López JJ,⁹ demostró que este trastorno presenta una comorbilidad importante con otros trastornos mentales. Un 50-60% de los pacientes que padecen T.P, presentan una ansiedad mayor. En un tercio de éstos, el T.P coincide o precede a la aparición del trastorno depresivo mayor. La comorbilidad con otros trastornos de ansiedad también es frecuente: entre un 15 y un 30% de los pacientes con T.P padecen fobia social; un 25% presentan ansiedad generalizada; entre un 10 y un 20% fobia específica; y entre un 8 y un 10% trastorno obsesivo-compulsivo. Es posible que aparezca cierta evitación similar a la que presenta un paciente con T.P. con agorafobia en el trastorno delirante, aunque en ese caso el centro de ansiedad son los delirios de persecución y no la posibilidad de sufrir un ataque de pánico.

Existen puntos de contacto entre el trastorno de ansiedad generalizada y el T.P, sobre todo, cuando la intensidad de los ataques de pánico no es muy distinta en el periodo entre ataques, y cuando el paciente presenta diversas preocupaciones. En tales casos, el diagnóstico diferencial entre ambos trastornos resulta difícil. El diagnóstico de T.P contempla la posibilidad de que el paciente presente preocupación en el periodo entre ataques, cuando ésta se refiere a la anticipación por padecer nuevos ataques de pánico. Por tanto, sólo se diagnosticará también el trastorno de ansiedad generalizada si las preocupaciones se centran en otros temas. En la fobia social y la fobia específica el paciente puede presentar ataques de pánico cuando se enfrenta al objeto o situación fóbica.

Tabla 6. Tiempo de padecimiento del T.P en pacientes atendidos en el CCSM de Holguín en el período enero 2016 a enero 2019.

Tiempo de padecimiento	Masculino		Femenino		Totales	
	N	%	N	%	N	%
-1 año	-	-	1	4,8	1	3
1-3 años	3	25	1	4,8	4	12,2
3-5 años	8	66,6	14	66,6	22	66,6
5-7 años	1	8,4	4	19	5	15,2
+7 años	-	-	1	4,8	1	3
Total	12	100	21	100	33	100

Fuente: CATP

La Tabla 6, referente al tiempo de padecimiento del T.P en los pacientes de la muestra apunta a que la mayoría de los pacientes han percibido síntomas físicos y psíquicos correspondientes con el T.P desde mínimo 3-5 años. Los datos aportados al respecto en ambos sexos corroboran este elemento con cantidades de 8 y 14 pacientes en hombres y mujeres respectivamente. El porcentaje total de padecimiento como índice más alto es en el rango que se analiza (3-5 años) con 66,6%.

Massion, et al., (2002), llevaron a cabo una investigación centrada en el efecto de los TPe en el tiempo de remisión de los síntomas en pacientes con trastornos de ansiedad incluido el TP. Se seleccionaron predictores del tiempo de remisión del Eje I y II durante 5 años de seguimiento en 514 pacientes con uno o más trastornos de ansiedad. Los resultados obtenidos indicaron que, la presencia de uno o más TPe no fue un predictor significativo de menor probabilidad de remisión del TP con o sin AG.

El trastorno de pánico en opinión de Campbell N.⁶² puede extenderse durante unos cuantos meses o incluso durante varios años. Pero, por otro lado puede existir una ausencia total de síntomas durante años e incluso el trastorno puede no reaparecer en absoluto.

Tabla 7. Presencia de agorafobia en pacientes con T.P atendidos en el CCSM de Holguín en el período enero 2016 a enero 2019.

Presencia de agorafobia	Masculino		Femenino		Totales	
	N	%	N	%	N	%
Presencia	4	33,3	9	42,9	13	39,4
Ausencia	8	66,7	12	57,1	20	60,6
Total	12	100	21	100	33	100

Fuente: CATP

La presencia de A.G como variable en la Tabla 7. expone que los pacientes de la muestra están sujetos a un criterio estadístico casi equivalente. Esto se demostró al percibir a través del CATP que existió un 33,3% de hombres y un 42,9% de mujeres que lo manifiestan. Carrera et al.⁶³ (2006) estudiaron en una muestra de 103 pacientes con diagnóstico reciente de T.P éntrelos criterios estaban los rasgos de personalidad, presencia de A.G, gravedad clínica y mejoría a corto plazo. Los resultados indican que el 66% de la muestra cumplía criterios de AG.

Se han descrito variables que influyen en el aumento de la prevalencia de los trastornos de la personalidad en el T.P como por ejemplo la evitación fóbica (Friedman et al.),⁴¹ y la presencia de A.G (Iketani et al.)⁶⁴ En general, la presencia de agorafobia, sumado a una depresión mayor y trastornos de la personalidad (Tpe) en el inicio del T.P se asoció con un peor pronóstico.

Tabla 8. Situación desencadenante del T.P en pacientes atendidos en el CCSM de Holguín en el período enero 2016 a enero 2019.

Situación desencadenante	Masculino		Femenino		Totales	
	No	%	No	%	No	%
Cercanía a multitudes	1	8,3	-	-	1	3
Permanecer en espacios reducidos	-	-	2	9,5	2	6,1
Abordar medios de transporte	2	16,7	-	-	2	6,1
Pérdida de relaciones interpersonales o familiares	4	33,3	4	19	8	24,2
Otras	5	41,7	15	71,4	20	60,6
Total	12	100	21	100	33	100

Fuente: CATP

Los indicadores previstos en la Tabla 8. son portadores de indicadores como las posibles situaciones desencadenantes o causales del trastorno y más específicamente del ataque de pánico. Para ello se pudo determinar que son otras las causas prevalentes al obtener solo un 3% en cercanía a multitudes, 6,1% en la permanencia en espacio reducidos o abordaje de medios de transporte. Para el caso de la pérdida de relaciones interpersonales o familiares la puntuación es significativa en un 24,2%.

El CATP aportó entre las otras causales del ataque de pánico el estrés laboral o familiar, la ansiedad sostenida en situaciones de crisis psicológica o sensaciones y emociones de no seguridad. Las causas exactas del trastorno de pánico se desconocen según la mayoría de los autores.^{3, 7-11, 21, 22, 25-41} No se contemplan fenómenos determinantes en su aparición. Los factores genéticos y los mecanismos de herencia pueden jugar un papel esencial en su desarrollo así como las vulnerabilidades psíquicas del individuo.

Algunos autores,³⁷⁻⁴⁵ sostienen la influencia de largos períodos de estrés en su aparición como los ocurridos cuando una persona se encuentra bajo una enorme presión psicológica y emocional; por ejemplo tras la muerte de un familiar o ser querido, después de tener un niño, cambios laborales, vitales o familiares, etc.

Otros investigadores^{1,5,9, 28} tienen la teoría de que hay acontecimientos que cambian la vida en general o que existen períodos de estrés que causan ataques de pánico. Hay estudios que han demostrado un número significativo de personas con trastorno de pánico con experiencias traumáticas en la infancia, como la muerte de un padre.

Otras investigaciones,^{65, 66, 67, 68} sugieren que no se trata sólo del entorno, sino que existen causa genéticas. Por ejemplo, existen estudios que han encontrado que los gemelos idénticos tienen altas probabilidades de compartir el trastorno. Sin embargo, existen otros datos que contradicen esta teoría.

Tabla 9. Gravedad de la ansiedad anticipatoria en pacientes con T.P atendidos en el CCSM de Holguín en el período enero 2016 a enero 2019.

Gravedad de la ansiedad anticipatoria	Masculino		Femenino		Totales	
	No	%	No	%	No	%
Ninguna	2	16,8	1	4,8	3	9
Leve	5	41,6	7	33,3	12	36,5
Moderada	3	25	8	38	11	33,3
Grave	1	8,3	5	23,9	6	18,2
Extrema	1	8,3	-	-	1	3
Total	12	100	21	100	33	100

Fuente: CATP

La Tabla 9. Determinada para la gravedad de la ansiedad anticipatoria se pudo corroborar que la mayoría de los pacientes están entre la categoría de leve y moderada, con puntuaciones entre 36,5% y 33,3% respectivamente en la totalidad de la muestra. Existe una gran cantidad de información que debe tenerse en cuenta cuando se realiza la evaluación de un paciente con T.P.

A pesar de que los criterios diagnósticos parecen claros, la gravedad y frecuencia de AP, el grado de malestar e interferencia, la ansiedad anticipatoria, entre otras variables, varían de manera importante en los pacientes resultando más complicados la evaluación y el diagnóstico. Esta es una ventaja importante porque la gravedad ha demostrado ser un predictor significativo en un amplio rango de fenómenos clínicos, incluidos la comorbilidad y el curso y cronicidad del trastorno en opinión de Clark et al.⁴⁸⁻⁴⁹

Osma López JJ.⁴⁹ defiende en su tesis que la mayor gravedad anticipatoria, interferencia y número de A.P en el grupo de inicio más temprano podría relacionarse con las características de personalidad descritas como generalidad en la muestra, también se relaciona con otros indicadores como son los estilos educativos familiares inadecuados, estresores graves a edad temprana o a la carencia de recursos personales de afrontamiento, entre otros.

Conclusiones.

- Los datos sociodemográficos de la muestra expresan una prevalencia del rango de edad entre 34-41años. Estos datos de la tabla aluden a una equivalencia de 1 hombre por cada 3 mujeres con T.P. siendo este dato significativo desde el punto de vista epidemiológico además. En cuanto a las relaciones maritales o íntimas se ven afectadas en gran medida por la presencia del T.P evidenciada en la cantidad de pacientes de la muestra que están divorciados o solteros a la hora del estudio. Además hay un deterioro de las relaciones laborales y aunque hay un alto por ciento de pacientes

insertados en el trabajo estatal y por cuenta propia, se comprueba con los instrumentos aplicados que el T.P es una influencia negativa en el desarrollo exitoso del trabajo.

- La comorbilidad representó que es mayor el nivel de ansiedad en los pacientes, con un índices de un 66,6% en los hombres y de 52,5% en las mujeres, para un total de 19 pacientes de 33 con altos índices de ansiedad. Los trastornos neuróticos, son el siguiente indicador de la lista que destacó, con un 24,3% total. Apuntando a que el T.P es por excelencia un trastorno de ansiedad.
- En cuanto al tiempo de padecimiento del T.P en los pacientes de la muestra se determinó un periodo mínimo de 3-5 años. Incide así la presencia de A.G como variable en la muestra en un 33,3% de los hombres y en un 42,9% de mujeres. Partiendo de que las situaciones desencadenantes del T.P o el A.P específicamente está sujeto a la pérdida de relaciones interpersonales o familiares con una puntuación significativa (24,2%). Mientras el CATP aportó entre las otras causales del ataque de pánico el estrés laboral o familiar, la ansiedad sostenida en situaciones de crisis psicológica o sensaciones y emociones de no seguridad.
- Para la gravedad de la ansiedad anticipatoria se pudo corroborar que la mayoría de los pacientes están entre la categoría de leve y moderada, con puntuaciones entre 36,5% y 33,3% respectivamente en la totalidad de la muestra.

Referencias bibliográficas.

-
- ¹ Martínez Valero, C. Perelló del Río, MJ. Hernández Viadel, M. El trastorno de pánico, con o sin agorafobia y su tratamiento. Trastorno de pánico; agorafobia; tratamientos eficaces y eficientes. nº 102, julio-diciembre 2011.
 - ² Burns, D. Adios, Ansiedad: Cómo superar la timidez, los miedos, las fobias y la situación de pánico. Editorial Paidós. 2009.
 - ³ Cagnoni, F. Evolved Strategic Treatment for Panic Attack Disorders. Brief Strategic and Systemic Therapy European Review N. 1 - 2010. Arezzo.
 - ⁴ American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-IV. Quinta Edición. Editorial Médica Panamericana. 2014.
 - ⁵ Moreno, P. Martín, JC. Tratamiento psicológico del trastorno de pánico y la agorafobia: Manual para terapeutas. Editorial Desclée de Brouwer. 2011.
 - ⁶ Martínez Valero, C. Perelló del Río, MJ. Hernández Viadel, M. El trastorno de pánico, con o sin agorafobia y su tratamiento. Trastorno de pánico; agorafobia; tratamientos eficaces y eficientes. nº 102, julio-diciembre 2011.
 - ⁷ Wilson, R. ¡No al pánico! Cómo controlar los ataques de angustia. Santiago de Chile: Editorial Cuatro Vientos. 2009.

-
- ⁸ Goodwin, R.D. , Faravelli, C., Rosi, S., Cosci, F., Truglia, E., de Graaf, R. y Wittchen, H.U. The epidemiology of panic disorder and agoraphobia in Europe. *European Neuropsychopharmacology*, 15, 435-443. 2010.
- ⁹ Osma López, J.J. Influencia de la personalidad en la clínica del trastorno de pánico con o sin agorafobia: un estudio exploratorio. Universitat Jaume I. Facultad De Ciencias Humanas y Sociales. Departamento de Psicología Básica, Clínica y Psicobiología. [internet] Tesis Doctoral. [Consultado el 01 de febrero de 2019]. URL disponible en: https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/384623/Tesis_Osma_JorgeJavier_Influencia_personalidad.pdf?sequence=1
- ¹⁰ Albus, M. Scheibe, G. Scherer, J. Panic disorder with or without concomitant depression 5 year after treatment: a prospective follow-up. *Journal of Affective Disorders*, 2009;34, 109-115.
- ¹¹ Mennin, D. Heimerg, R. Craig, S. Panic, agoraphobia, phobias, and generalized anxiety disorder. In Hersen M, Bellack AS, eds. *Psychopathology in adulthood*. 2nd Ed. Needham Heights, MA: Allyn y Bacon; 2010:169.
- ¹² Eren, I. Tukul, R. Polat, A. et al. Evaluation of regional cerebral blood flow changes in panic disorder with technetium-99m- HMPAO SPECT. *Psychiatr Res* 2013; 123:135–143.
- ¹³ Massion, A.O. Dyck, I.R. Shea, M.T. Phillips, K.A. Warshaw, M.G. Keller, M.B. Personality disorders and time to remission in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder. *Archives of General Psychiatry*, 2012;59, 434-440.
- ¹⁴ Massion, A.O. Warshaw, M.G. Keller, M.B. Quality of life and psychiatric morbidity in panic disorder and generalized anxiety disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 2013;150, 600-607.
- ¹⁵ López Ibor. J.J. Valdés, M. (Edits.) *DMS-IV-TR-AP. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Texto revisado. Atención Primaria. Barcelona: Masson; 2014.
- ¹⁶ Ballester y Botella. *Trastorno de pánico: evaluación y tratamiento*. 2da Edición. Martínez Roca. Barcelona. 2010.
- ¹⁷ Da Costa, J.M. On irritable heart: A critical study of a form of functional cardiac disorder and its consequences. *American Journal of the Medical Sciences*, 2009;61, 2-52.
- ¹⁸ Cia, A. *La ansiedad y sus trastornos. Manual diagnóstico y terapéutico*. Polemos. 2012. Bs. As.
- ¹⁹ Lewis, T. Medical research committee: Report upon soldiers returned as cases of “disordered action of the heart” (D. A. H.) or “valvular disease of the heart” (V. D. H.). 2012. London: His Majesty’s Stationery Office.
- ²⁰ Oppenheim, B.S. Report on neurocirculatory asthenia and its management. *Military Surgeon*, 2012;42, 711-744.
- ²¹ Cia, A. *Como superar el Pánico y la Agorafobia*. Polemos. 2009. Bs. As.
- ²² Benedikt, V. Über platzschwindel. *Allgemeine Wiener Medizinische Zeitung*, 1980;15, 488.
- ²³ Caballo, V. *Manual Para el tratamiento cognitivo –conductual de los trastornos psicológicos*. Capítulo1 Martín Antony y D Barlow, Fobia específica. 2012.
- ²⁴ Gay, P. Freud. Barcelona: Ediciones Paidós. 2010.
- ²⁵ Gelder, M.G. Clasificación de los trastornos de ansiedad. En J. Guimon, J.E. Mezzich y Barrios (Editores.), *Diagnóstico en psiquiatría*. 1989. Barcelona: Salvat.

-
- ²⁶ Barlow, DH. Craske, MG. Domine su ansiedad y pánico. 2011. Murcia.
- ²⁷ Beck, AT. Sokol, L. Clark, DA. Focused cognitive therapy of panic disorder: a crossover desing and one year follow-up. *American Journal o psychiatry*, 2012;147, 778-783.
- ²⁸ Klein, DF. Preventing hung juries about therapy studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2013;64, 81-87.
- ²⁹ Roca E. Trastorno de pánico y su tratamiento. [internet] [Consultado el 01 de febrero de 2019.] URL disponible en: <http://www.cop.es/colegiados/pv00520/articulo%20webs%202.%203.%205.pdf>
- ³⁰ Robins, LN. Helzer, JE. Weissman, M. Orvaschel, H. Grunberg, E. Burke, JD. Regier, DA. Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Archives of General Psychiatry*, 2012;41, 949-958.
- ³¹ American Psychiatric Association. Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-V. Quinta Edición. Editorial Médica Panamericana. 2014.
- ³² Gradín Purroy C, Alonso Arana I. Trastorno de ansiedad. Crisis de pánico. Servicio de Psiquiatría. Hospital de Navarra. [internet] [Consultado el 01 de febrero de 2019]. URL disponible en: <http://www.cfnavarra.es/salud/PUBLICACIONES/Libro%20electronico%20de%20temas%20de%20Urgencia/17.Psiquiatricas/Trastorno%20de%20ansiedad.pdf>
- ³³ Chambless, DL. Hunter, K. Jackson, A. Social anxiety and assertiveness: a comparison of the correlations in phobic and college student samples. *Behaviour Research and Therapy*, 2012,20, 403-4.
- ³⁴ Hafner, R.J. Minge, P.J. Sex role stereotyping in women with agoraphobia and their husbands. *Sex Roles*, 2009;20, 705-711.
- ³⁵ Markowitz, JS. Weissman, MM. Ouellette, R. Lish, JD. Klerman, GL. Quality of life in panic disorder. *Archives of General Psychiatry*, 2014;46, 984-992.
- ³⁶ Friedman, S. Jones, JC. Chernen, L. Barlow, DH. Suicidal ideation and suicide attempts among patients with panic disorder: A survey of two outpatient clinics. *American Journal of Psychiatry*, 2009;149, 680-685.
- ³⁷ Beck, A.T. Depression inventory. Philadelphia, PA: 2015;Center for Cognitive Therapy.
- ³⁸ Beck, A.T. Clark, D.A. An information processing modelo f anxiety: Automatic and strategic processes. *Behaviour Research and Therapy*, 2015;35(1), 49-58.
- ³⁹ Faravelli, C. Paionni, A. Panic disorder: clinical course, morbidity and comorbidity. In: Griez, E. J. L., Faravelli, C., Nutt, D., Zohar, J. (Eds.), *Anxiety Disorders. An introduction to Clinical Management and Research*. 2015. Wiley, Chichester, pp. 51-79.
- ⁴⁰ Keller, M.B. Yonkers, K.A. Warshaw, M.G. Pratt, L.A. Gollan, J.K. Massion, A.O. et al. Remission and relapse in subjects with panic disorder and panic with agoraphobia: A prospective short-interval naturalistic follow-up. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 2014;182, 290-296.
- ⁴¹ Goisman, R.M. Warshaw, M.G. Peterson, L.G. Rogers, M.P. Cuneo, P. Hunt, M. Tomlin Albanese, J. Kazim, A. Gollan, J.K. Reich, J. Epstein Kayne, T. Keller, M.B. Panic, Agoraphobia, and Panic with Agoraphobia: Follow-up data from a multicenter anxiety disorders study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 2014;182, 72-79.
- ⁴² Goisman, R.M. Goldenberg, I. Vasile, R.G. Keller, M.B. Comorbidity of anxiety disorders in a multicenter anxiety study. *Comprehensive Psychiatry*, 2015;36, 303-311.

-
- ⁴³ Clark, D.M. Salkovskis, P.M. Hackmann, A. Middleton, H. Anastasiades, P. Gelder, M. A comparison of cognitive therapy, applied relaxation and imipramine in the treatment of panic disorder. *British Journal of Psychiatry*, 2015;164, 759-769.
- ⁴⁴ Clark, D.M. Salkovskis, P. M. Öst, L.G. Breitholtz, E. Koehler, K.A. Westling, B.E. et al. Misinterpretation of body sensations in panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2017;65, 203-213.
- ⁴⁵ Cowley, D.S. Flick, S.N. Roy Byrne, P.P. Long-term course and outcome in panic disorder: a naturalistic follow-up study. *Anxiety*, 2016;2, 13-21.
- ⁴⁶ Katschnig, H. Amering, M. Stolk, J.M. Klerman, G.L. Garvey, M. Roth, M. Solyom, C. Long-term follow-up after a drug trial for panic disorder. *British Journal of Psychiatry*, 2015;167, 487-494.
- ⁴⁷ Who European Region. Conferencia Ministerial Europea. [internet] [Consultado el 01 de febrero de 2019]. URL disponible en: <http://www.euro.who.int/mentalhealth2005>.
- ⁴⁸ Eren, I. Tukul, R. Polat, A. et al. Evaluation of regional cerebral blood flow changes in panic disorder with technetium-99m- HMPAO SPECT. *Psychiatr Res* 2013; 123:135–143.
- ⁴⁹ Massion, A.O. Dyck, I.R. Shea, M.T. Phillips, K.A. Warshaw, M.G. Keller, M.B. Personality disorders and time to remission in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder. *Archives of General Psychiatry*, 2012;59, 434-440.
- ⁵⁰ Massion, A.O. Warshaw, M.G. Keller, M.B. Quality of life and psychiatric morbidity in panic disorder and generalized anxiety disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 2015;150, 600-607.
- ⁵¹ López Ibor, J.J. Valdés, M. DMS-IV-TR-AP. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Atención Primaria. Barcelona: Masson; 2014.
- ⁵² National Institute of Mental Health. ¿Siente ataques súbitos de terror sin motivo? Trastorno de pánico una enfermedad real. [internet] NIH Publication No. 00-4679SP. [Consultado el 04 de febrero de 2019]. URL disponible en: http://ipsi.uprrp.edu/opp/pdf/materiales/panico_esp.pdf
- ⁵³ Frangella, L. Gramajo, M. Manual psicoeducativo para el consultante. [internet] Trastorno de pánico Fundación FORO. [Consultado el 04 de febrero de 2019]. URL disponible en: <https://www.fundacionforo.com/pdfs/panico.pdf>
- ⁵⁴ Arrindell, W.A. Emmelkamp, P.M. Marital adjustment, intimacy and needs in female agoraphobics and their partners: A controlled study. *British Journal of Psychiatry*, 2015;149, 592-602.
- ⁵⁵ Chambless, D.L. Fauerbach, J.A. Floyd, F.J. Wilson, K.A. Remen, A.L. Renneberg, B. Marital interaction of agoraphobic women: A controlled, behavioural observation study. *Journal of Abnormal Psychology*, 2012;111, 502-512.
- ⁵⁶ Frangella, L. Gramajo, M. Manual psicoeducativo para el consultante. [internet] Trastorno de pánico Fundación FORO. [Consultado el 04 de febrero de 2019]. URL disponible en: <https://www.fundacionforo.com/pdfs/panico.pdf>
- ⁵⁷ Coryel W, Noyes R, Clancy J. Excess mortality in panic disorders. *Archives off General Psychiatry*, 2016;39, 701-703.
- ⁵⁸ American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (1^a. ed.). (DSM-I). 2012. Washington: APA.
- ⁵⁹ Beck, A.T. Freeman, A. Cognitive therapy of personality disorders. 2016. Nueva York: Guilford.
- ⁶⁰ Kaplan, H.I. Sadock, B.J. Grebb, J.A. Synopsis of psychiatry (7^a. Ed.). 2014. Baltimore, MD: Williams and Wilkins.

-
- ⁶¹ Oldham, J.M. y Morris, L.B. *Autorretrato de la personalidad*. Gerona: Tikal. 2015.
- ⁶² Campbell N. *Panic Disorder*. [internet] [Consultado el 04 de febrero de 2019]. URL disponible en: http://books.google.com/books?id=WHZqngOPiXMC&printsec=frontcover&dq=causes+of+panic+disorder&lr=&source=gbs_summary_r
- ⁶³ Carrera, M. Herrán, A. Ramírez, M.L. Ayestarán, A. Sierra Biddle, D. Hoyuela, F. Rodríguez Cabo, B. Vazquez-Barquero, J. L. Personality traits in early phases of panic disorder: implications on the presence of agoraphobia, clinical severity and short-term outcome. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2016;114, 417-425.
- ⁶⁴ Iketani, T. Kiriike, N. Stein, M.B. Nagao, K. Minamikawa, N. Shidao, A. Fukuhara, H. Patterns of Axis II Comorbidity in Early-Onset Versus Late-Onset Panic Disorder in Japan. *Comprehensive Psychiatry*, 2014; 45, 114-120.
- ⁶⁵ Arrindell, W.A. Emmelkamp, P.M. Marital adjustment, intimacy and needs in female agoraphobics and their partners: A controlled study. *British Journal of Psychiatry*, 2013;149, 592-602.
- ⁶⁶ Chambless, D.L. Fauerbach, J.A. Floyd, F.J. Wilson, K.A. Remen, A.L. Renneberg, B. Marital interaction of agoraphobic women: A controlled, behavioural observation study. *Journal of Abnormal Psychology*, 2012;111, 502-512.
- ⁶⁷ Coryel W, Noyes R, Clancy J. Excess mortality in panic disorders. *Archives off General Psychiatry*, 2015;39, 701-703.
- ⁶⁸ American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (1ª. ed.)*. (DSM-I). 2015. Washington: APA.