

Universidad Abierta Interamericana

Sede Regional Rosario

Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud



Título: “Estudio Comparativo de prevalencia de Ataque de Pánico en alumnos de Medicina de 1ro a 3er año y de 4to a 6to año de la Universidad Abierta Interamericana Sede Regional Rosario”

Alumno: Srta. Marianela Melanie Queral

e-mail: nelabombon@gmail.com

Tutor: Dr. Hugo Lande

Fecha de presentación: 19/12/2013

ÍNDICE

1. Índice.....	2
2. Resumen.....	3
3. Introducción.....	4
4. Marco Teórico.....	8
5. Problema.....	11
6. Objetivos.....	12
7. Material y Métodos.....	13
8. Resultados.....	19
9. Discusión.....	35
10. Conclusión.....	38
11. Bibliografía.....	40
12. Anexo.....	43

RESUMEN

Introducción: El Trastorno de Pánico es una enfermedad que está en alto crecimiento de prevalencia en los últimos tiempos, y su falta de conocimiento de la población general conlleva a falta de una adecuada consulta médica con su respectivo tratamiento, generando alta incidencia hacia otros problemas graves, tales como depresión, abuso de drogas, alcoholismo, entre otros.

Objetivos: El objetivo del presente es comparar la prevalencia de ataque de Pánico en alumnos de Medicina de entre los años 1ro a 3ro y 4to a 6to año, determinando características generales de la población en estudio y presencia de relación en cuanto a la ciudad de origen de los alumnos.

Materiales y Métodos: Se trata de una investigación descriptiva y transversal en la cual se realizó encuestas con preguntas de tipo cerrada en base a datos aportados por 100 estudiantes de Medicina de la Universidad Abierta Interamericana Sede Regional Rosario, durante un periodo comprendido entre el 1º de Abril y el 31 de Mayo de 2013. El instrumento indagará sobre ataques de pánico.

Resultados: Del total de alumnos encuestados el 51 % refirió haber padecido durante el transcurso de la carrera al menos un episodio de ataque de pánico (27% que cursan de 1º a 3er año y un 24% que cursan de 4º a 6º año), la mayor frecuencia de crisis se detectó en aquellos estudiantes de medicina que son oriundos de Rosario 51%.

Conclusión: La frecuencia de crisis de pánico en los estudiantes de la carrera de medicina de la Universidad Abierta Interamericana de la ciudad de Rosario es elevada. Los estudiantes de sexo femenino tienden a padecer ataques de pánico en mayor medida que los estudiantes de sexo masculino. No se encontraron diferencias en frecuencia de ataques de pánico en relación con los años de cursada pero si en cuanto a su origen, estudiantes de medicina que son de afuera padecen de ataques de pánico en menor medida que los estudiantes de medicina que son oriundos de Rosario.

INTRODUCCION

En psiquiatría ansiedad se define como un estado emocional desagradable en las que hay sensación subjetiva de un peligro, malestar, tensión o aprensión, acompañado de una descarga neurovegetativa y cuya causa no está claramente reconocida para la persona. En el miedo existe similar respuesta fisiológica que la ansiedad, pero se diferencia en que hay una causa, un peligro real, conciente, externo, que está presente o que amenaza con materializarse (Kaplan).⁽¹⁾

El DSM-III-R (APA, 1987/1988) definía el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) atendiendo principalmente al componente cognitivo de la Ansiedad, como "una expectativa aprensiva (ansiedad y preocupación no realistas y excesivas), que se da de modo permanente (con una antigüedad al menos de seis meses), sobre distintas circunstancias de la vida cotidiana". Este componente cognitivo se caracteriza por una "hipervigilancia" en la que se observan una serie de síntomas, tales como sentirse atrapado o al borde de un peligro, exageración de las respuestas de alarma, dificultad para concentrarse o situaciones de mente en blanco, irritabilidad...etc. A su vez, el TAG también se caracteriza por una fuerte sintomatología vegetativa y motora: sensación de ahogo, palpitaciones, mareos, dolor muscular, temblor, fatigabilidad excesiva, etc.⁽²⁾

Los trastornos de ansiedad son tan frecuentes en atención primaria que se calcula que uno de cada diez pacientes que se atienden diariamente lo presentan. De hecho son más comunes que la diabetes.⁽¹⁾

Se define al trastorno de pánico como un episodio agudo paroxístico y de comienzo súbito, de un miedo intenso, terror, muchas veces sin que puedan identificarse los estímulos atemorizantes o sin proporción entre la valoración cognitiva de la situación atemorizante y la respuesta.⁽³⁾

El trastorno de pánico (crisis de Angustia) es un trastorno de ansiedad cuyo criterio de diagnóstico implica la presencia de ataques de pánico inesperados y recurrentes, a algunos de ellos les siguen síntomas de ansiedad anticipatoria persistente que se relaciona con la posibilidad de tener otras crisis o el temor de las implicancias o consecuencias del ataque.⁽³⁾

Las crisis de angustia suelen durar 5-30 minutos, es más frecuente en la mujer y suele iniciarse entre los 20 y 30 años.⁽⁴⁾ Casi la mitad de los casos cursan con agorafobia (miedo a encontrarse en situaciones en que se considera difícil escapar o recibir asistencia).⁽⁴⁾

En datos recientes del ECA (Epidemiologic Carthment AREA, Weissman-Merikangas 1986) indican una prevalencia de ansiedad generalizada del 2.5 al 6.4%, el Trastorno de pánico del 0.4 al 1.2 % y la agorafobia del 2.5 al 5.8 %.⁽⁵⁾

Hay algunas estadísticas en las que se indica que las fobias específicas y la ansiedad generalizada pueden afectar al 19 % de la población general.⁽⁵⁾

Muchos pacientes presentan, además trastornos depresivos asociados.⁽⁴⁾

En la ciudad de Empedrados (Corrientes) Alumnos del ciclo superior de la carrera de medicina de la Universidad Nacional de Nordeste realizaron un trabajo de campo, de relevamiento casa por casa a través de charlas individuales y encuestas de evaluación de ansiedad y depresión utilizando la escala de "Hamilton" tanto para ansiedad como para depresión; Fueron realizadas en visitas periódicas durante dos (2) meses en el año 2005. De 14.713 habitantes se encuestaron 344 jóvenes. Se determinaron prevalencias de un 11 % para ansiedad y un 24 % de depresión. Y se observó que en general ambos trastornos coexisten. De un total de 12 pacientes con ansiedad grave, 10 presentaban depresión grave (83%), y los otros dos restantes coexistían con depresión moderada (17%). A su vez de los 26 adolescentes con ansiedad moderada; 5 presentaban depresión grave (19,2%); 12 con depresión moderada (46,2%), y 9 depresión leve (34,6%).⁽⁶⁾

Más recientemente se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de todos los pacientes atendidos por Trastorno ansioso-depresivo por contingencia común durante un período de 2 años, entre el 1 de Enero de 2007 hasta el 31 de Diciembre de 2008 en los Centros Asistenciales de Asepeyo de Málaga y Guadalhorce. El estudio abarca 670 pacientes . El 69,10% de los casos se trataba de mujeres. El 30,14% de los afectados se encontraba entre los 26 y los 35 años.

El diagnóstico más frecuente es el estado de ansiedad (51,79%). La profesión con más riesgo son las relacionadas con la atención al público (47,16%).⁽⁷⁾

Muchos de los trastornos tienen su origen en anormalidades neuroquímicas influenciadas genéticamente; otras están asociadas a conflictos intrapsíquicos o se pueden explicar mejor por el efecto de estresores o conductas aprendidas; sin embargo, es la combinación de estos factores lo que más cercanamente se encuentra en su etiología.⁽¹⁾ La mayoría de las personas experimentan un trastorno de ansiedad simplemente sobre la base de influencias psicológicas, sociales y medioambientales.⁽⁸⁾ Los problemas de relaciones interpersonales, académicos y laborales, amenazas de pérdidas, necesidades sociales y económicas apremiantes, cambios en el sistema de vida, etc. se asocian en la producción de los trastornos de adaptación de tipo ansioso y de la ansiedad generalizada.⁽¹⁾

En la ciudad de Corrientes, Argentina se llevó a cabo un trabajo sobre ataques de pánico en estudiantes de Medicina y se identificó que el 69% presentaron síntomas coincidentes con crisis de ataque de pánico, de los que 54% fueron mujeres y 46% hombres. Respecto a las causas desencadenantes creen estar relacionadas con el hecho de que son personas que se separan del núcleo familiar y sufren distintas presiones ya sean académicas o personales por lo que deducen estar más propensas a desarrollar stress.⁽³⁾

En el presente trabajo se intentará establecer con qué frecuencia se presentan los ataques de pánico en alumnos de la carrera de Medicina de la UAI Sede Regional Rosario comparando dicha frecuencia entre alumnos de primero a tercer año y de cuarto a sexto año de la carrera. Considero relevante dicha comparación, porque habiendo transcurrido la carrera de Medicina, en cuanto a mi opinión personal y mediante la observación general de compañeros, durante los primeros años noté que los alumnos a lo largo de las distintas instancias de evaluación de instrucción académica, presentaban escasa actitud positiva y seguridad a la hora de rendir, poca confianza en uno mismo, lo cual desencadenaba mayor temor y muchas veces dicho temor se asemejaba a síntomas compatibles con ataques de pánico, considerando tal vez pueda suceder o esté relacionado a que dichos alumnos

presentaban menor conocimiento general en lo que respecta a la medicina, por estar en el comienzo de la carrera. A medida que transcurrió el cursado noté que los alumnos parecían reducir esos síntomas de ansiedad compatibles con ataques de pánico. Posiblemente relacione dicha disminución de síntomas pánicos con los alumnos de Medicina que cursan años más avanzados, ya que éstos han adquirido a lo largo de los años de cursado, mayores conocimientos, tanto a nivel académico como de alumnado y profesorado y en consecuencia éste caudal de información y relaciones humanas, pueda aumentar la seguridad y estabilidad emocional, reduciendo de esta manera los síntomas de ansiedad tal vez desencadenadas por el estrés provocado por temores y desconocimientos del comienzo de la carrera universitaria por la que han elegido transitar.

MARCO TEORICO

La ansiedad es la más común y universal de las emociones básicas del ser humano, constituye la respuesta emocional ante la percepción de una amenaza o peligro presente o futuro, y su finalidad es la de motivar conductas apropiadas para superar dicha situación.⁽⁹⁾ Todo esto es normal si realmente la persona se encuentra en peligro. Pero si estas reacciones continúan ocurriendo cuando no está en peligro, hasta el punto de alterar la calidad de vida, se las denomina trastornos de ansiedad.⁽¹⁰⁾

Clasificación: ⁽¹¹⁾

- Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG).
- Trastorno de Pánico sin agorafobia
- Trastorno de Pánico con agorafobia
- Agorafobia sin Trastorno de Pánico
- Fobia Social
- Fobia Especifica
- trastorno obsesivo-compulsivo (TOC)

Cada trastorno de ansiedad tiene diferentes síntomas, pero todos los síntomas se agrupan alrededor de un temor o pavor irracional y excesivo.

Los lineamientos diagnósticos provistos por el DSM-IV (APA, 1994) y por la CIE-10 (OMS 1992), requieren para definir el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) de la presencia de síntomas de ansiedad y preocupación excesivas, la mayor parte del tiempo, durante un mínimo de seis meses.⁽¹²⁾

El trastorno de pánico provoca ataques de pánico que son crisis repetidas, imprevisibles e irracionales de miedo y ansiedad.

En los 10 a 20 minutos posteriores al inicio de una crisis de pánico, una persona manifiesta, al menos, 4 de estos signos y síntomas: disnea, mareos o lipotimia, palpitaciones cardíacas, náuseas, sensación de asfixia, sudoración, rubefacción,

escalofríos, temblores, entumecimiento u hormigueo, dolor torácico o molestias, sensación de miedo a la muerte o a perder el control y sentir que ha perdido contacto con la realidad.⁽¹⁰⁾ Habitualmente, los signos y síntomas son más intensos en los primeros 10 minutos y desaparecen unos minutos más tarde, aunque algunas crisis de pánico persisten durante horas.⁽¹⁰⁾

El trastorno de pánico afecta a aproximadamente 6 millones de adultos estadounidenses⁽¹³⁾ y es dos veces más común en mujeres que en hombres.⁽¹⁴⁾

Los ataques de pánico usualmente comienzan a finales de la adolescencia o al comienzo de la edad adulta,⁽¹⁴⁾ pero no todos los que padecen de ataques de pánico desarrollarán el trastorno de pánico. Muchas personas sólo tienen un ataque y nunca vuelven a tener otro. Las vidas de algunas personas se restringen tanto que terminan evitando actividades normales, tales como ir de compras o conducir un automóvil.⁽¹⁴⁾ Aproximadamente un tercio de estas personas se limitan a vivir en sus casas o sólo pueden enfrentar una situación temida si están acompañadas por su cónyuge o una persona de confianza.⁽¹⁴⁾ Cuando la enfermedad llega hasta este punto, se llama agorafobia o miedo a los espacios abiertos.

Con frecuencia, el trastorno de pánico viene acompañado de otros problemas graves, tales como depresión, abuso de drogas, o alcoholismo.^(15,16)

Con respecto a la génesis del Trastorno de Angustia, tal como el Trastorno de Pánico, intervienen varios factores entre ellos factores genéticos y otros factores biológicos, además de los “determinantes psicosociales” (estilos cognitivos, acontecimientos vitales, etc.).⁽¹⁷⁾ De entre los factores biológicos en los últimos años se ha despertado un interés creciente en la denominada respuesta de estrés como base para la comprensión de fenómenos que tienen lugar en diversos trastornos mentales.⁽¹⁷⁾

La crisis de angustia o trastorno por pánico es una experiencia que causa intenso sufrimiento e incertidumbre a quienes lo padecen, generando una afección global en diversas áreas de desempeño, especialmente cuando la recurrencia de las mismas se combina con estrategias evitativas dirigidas a regular el malestar.⁽¹⁸⁾

Diagnóstico⁽¹⁸⁾

Los síntomas propios del trastorno de angustia o trastorno por pánico requeridos en el DSM-IV-TR (APA,2000) se detallan a continuación:

1-Al menos dos crisis de angustia inesperadas y recurrentes

2-Durante por lo menos un mes posterior a los ataques debe haber preocupación persistente acerca de tener más ataques, preocupación acerca de las implicaciones del ataque o sus consecuencias (enloquecerse, tener un infarto, etc.) o un cambio significativo del comportamiento relacionado con los ataques.

3-Los ataques no deben relacionarse con el efecto directo de una sustancia o de una enfermedad médica

PROBLEMA

¿Cuál es la Frecuencia de presentación de crisis de pánico en estudiantes de la carrera de Medicina de la Universidad Abierta Interamericana de la ciudad de Rosario de primero a tercer año en comparación con los alumnos de cuarto a sexto año?

OBJETIVOS

General:

Establecer una diferencia del porcentaje de alumnos de primero a tercer año de la Carrera de Medicina de la Universidad Abierta Interamericana, Sede Regional Rosario, que presenten o hayan presentado en algún momento del cursado de la carrera una Crisis de Pánico en comparación con los alumnos que cursen de cuarto a quinto año dicha carrera en dicho establecimiento.

Específicos:

Determinar las características generales de la población en estudio (edad, sexo, año de cursado, lugar de residencia anterior a Rosario, entre otros).

Instaurar la frecuencia de presentación de un ataque de pánico en relación con el año de cursada.

Evaluar la prevalencia de ataques de pánico en relación con lugar de origen de cada alumno

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Se trata de una investigación descriptiva y transversal en la cual se realizaron encuestas con preguntas de tipo cerrada.

Área de estudio

El presente trabajo incluye a alumnos de primero a sexto año de la Carrera de Medicina de la UAI Sede Regional Rosario

Población

La población está representada por la totalidad de alumnos que se encuentran cursando la carrera de medicina en la UAI Sede Regional Rosario.

Método de selección

El método de muestreo es no probabilístico. El tamaño de la muestra es de 100 alumnos, 50 de los cuales están cursando entre primer y tercer año, y los otros 50 alumnos están cursando entre cuarto y sexto año.

Criterios de selección

Adultos jóvenes de ambos sexos, que estudian en la Facultad de Medicina de la UAI.

Técnicas de recolección de datos

Se realizó una encuesta durante un periodo comprendido entre el 1º de Abril y el 31 de Mayo de 2013. El instrumento indagó sobre ataques de pánico que

se presentaron a lo largo del transcurso del cursado de la Carrera de Medicina. (ver anexo 1)

Los alumnos accedieron de manera voluntaria a participar de la misma, en donde las preguntas fueron destinadas a obtener información de interés.

Se considerará al alumno como pánico, según lineamientos diagnósticos provistos por el DSM-IV (APA, 1994) y por la CIE-10 (OMS 1992), a aquella persona manifieste en la encuesta, al menos, 4 de los siguientes signos y síntomas: disnea, mareos o lipotimia, palpitaciones cardíacas, náuseas, sensación de asfixia, sudoración, rubefacción, escalofríos, temblores, e ntumecimiento u hormigueo, dolor torácico o molestias, sensación de miedo a la muerte o a perder el control y sentir que ha perdido contacto con la realidad, y que dichos síntomas no estén relacionados con el efecto directo de una sustancia o de una enfermedad médica ^(10,18)

Variables de instrumento

La encuesta será autocompletada por los alumnos, durante el horario de cursado en la Universidad Abierta Interamericana.

Se considerarán las siguientes variantes:

Sexo masculino o femenino

Edad en años cumplidos al momento de la encuesta

Lugar de residencia antes de comenzar la Carrera de Medicina en Rosario (lugar de origen).

Año de Carrera que cursa durante el ciclo lectivo 2013

Estudios Universitarios previos: Si o No

Actividad laboral al momento de la encuesta: Si o No

Crisis de Pánico:

- 1- Desde el periodo en que comenzó la carrera, ¿ha tenido ataques caracterizados por miedo intenso, terror o malestar que puede acompañarse de sensación de peligro o catástrofe inminente, de una duración de 10 a 20 minutos? SI/NO
- 2- Al momento de presentar éstas crisis, ¿ha tenido alguno de los siguientes síntomas, que alcanzaron su máxima intensidad en los primeros 10 minutos?:
- o Palpitaciones o taquicardia o aumento de la frecuencia cardiaca
 - o Sudoración
 - o Temblores o sacudidas musculares
 - o Sensación de ahogo o falta de aliento / aire
 - o Sensación de atragantamiento o "nudo en la garganta"
 - o Opresión en el pecho o malestar torácico
 - o Nauseas (ganas de vomitar) o molestias abdominales
 - o Inestabilidad, mareos, desmayo
 - o Sensación de irrealidad o de estar separado de sí mismo
 - o Miedo a perder el control o volverse loco
 - o Miedo a morir
 - o Hormigueos o sensación de entumecimiento en los miembros superiores o inferiores.
 - o Escalofríos o sofocaciones

3- Si padeció algunos de los síntomas descritos anteriormente, conteste lo siguiente:

a- Luego de experimentar éstas crisis ¿Descubrió nuevas inquietudes o ansiedades persistentes por la posibilidad de sufrirlas nuevamente?: SI/NO.

b- ¿Sintió algún cambio en su comportamiento o conducta, luego de padecer éstas crisis?

4- ¿Realizó algo al respecto para tratar de disipar o atenuar éstos síntomas? Consulto al médico, tomo alguna medicación, tomo alguna medida de distracción o relajación, otro.

5- ¿En qué momento del día se encontraba cuando presentó alguna de éstas crisis? Al levantarse, durante el transcurso del día, antes de dormir, mientras dormía, otros.

6- ¿En qué lugar se encontraba mientras sufrió alguna de dichas crisis? En su casa, en la facultad, en la calle, en medio laboral, en medio de transporte, otro

7- ¿Puede relacionar el ataque de pánico con el transcurso de una situación determinada? Examen oral u escrito, noticia, situación estresante, otra.

8- ¿Estos síntomas se presentaron durante o después del consumo de alguna droga (cocaína, marihuana, LSD, otro)?

Análisis de datos

Al finalizar las encuestas se realizó:

- 1) Carga de datos: los datos fueron cargados en una planilla de cálculo en formato digital.
- 2) Consistencia de la base de datos: en donde se verificó los datos perdidos, faltante de datos, datos erróneos, etc.
De este modo se logró hacer las correcciones necesarias y homogeneizar las respuestas para mejorar su análisis.
- 3) Análisis descriptivo de los datos obtenidos en la encuesta: mediante la utilización de medidas resumen, tablas y gráficos adecuados.
Esto tuvo como fin explorar los datos de manera de describir las características de los alumnos y poder analizar las variables de interés.
- 4) Se aplicó test de hipótesis no paramétricos: con el fin de estudiar las hipótesis de interés y teniendo en cuenta la naturaleza categórica de las variables bajo estudio.

Los test usados son:

- Test Chi Cuadrado de Homogeneidad.
- Test Chi Cuadrado de Independencia.

En todos los casos se tomó un nivel de significación de 5%.

- 5) Presentación de los resultados generales y específicos.

En el proceso de análisis de los datos, su tabulación y presentación se utilizó el siguiente programa de computación:

- Excel 2010: Consistencia de base de datos, tablas estadísticas, gráficos y test de hipótesis.

RESULTADOS

Análisis descriptivo de los datos.

Características de generales de la población en estudio.

Sexo

Tabla 1: Distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la variable sexo.

SEXO	Frecuencia absoluta (%)
Femenino	56 (56)
Masculino	44 (44)
Total	100 (100)

Del total de estudiantes de medicina de la UAI encuestados, el 56% correspondió al sexo femenino y el 44% al sexo masculino.

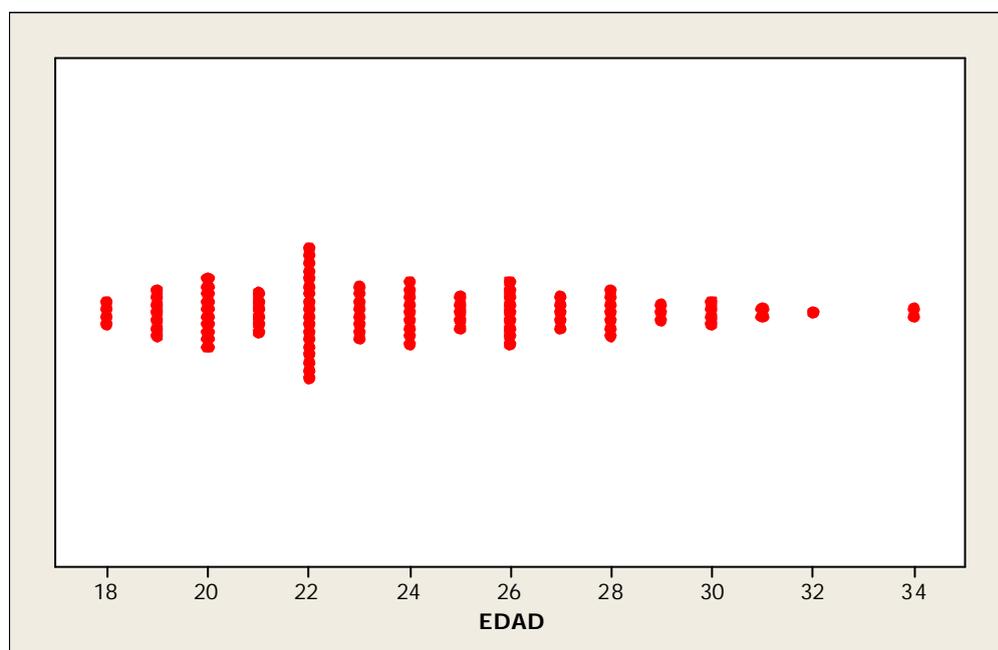
Año de cursado

Tabla 2: Distribución de frecuencias absolutas y relativas de Año de cursado.

ANO DE CURSADO	Frecuencia absoluta (%)	
1	16 (16)	50 (50)
2	15 (15)	
3	19 (19)	
4	16 (16)	50 (50)
5	15 (15)	
6	19 (19)	
Total	100 (100)	

Edad

Gráfico 3: Distribución absoluta de variable edad.



La edad media de los alumnos incluidos en la muestra es de 23,86 años de edad con un desvío estándar de 3,74 años de edad. La mediana de la variable edad es de 23 años. El valor mínimo de edad que se presentó es de 18 años mientras que el máximo valor es de 34 años.

Estudios universitarios previos

Tabla 3: Distribución de frecuencias absolutas y relativas de Estudios universitarios previos.

EST UNIV PREVIOS	Frecuencia absoluta (%)
Si	14 (14)
No	86 (86)
Total	100 (100)

El 14% de los estudiantes de medicina de la UAI encuestados posee estudios previos mientras que el 86% no los posee.

Actividad laboral

Tabla 4: Distribución de frecuencias relativas de la variable Actividad laboral.

ACTIVIDAD LABORAL	Frecuencia absoluta (%)
Si	14 (14)
No	86 (86)
Total	100 (100)

El 14% de los estudiantes de medicina de la UAI encuestados realizaban una actividad laboral y el 86% no realizaba actividad laboral alguna.

Tabla 5: Distribución de frecuencias absolutas y relativas Oriundo de.

ORIUNDO DE	Frecuencia absoluta (%)
Rosario	38 (38)
Otra localidad	62 (62)
Total	100 (100)

Del total de los alumnos encuestados el 62% resultaron ser oriundos de otra localidad de la ciudad de Rosario y el 38% pertenecían a la ciudad de Rosario.

Análisis de las variables crisis de pánico.

Tabla 6: Distribución de frecuencias absolutas y relativas

¿Ha tenido crisis o ataques caracterizados por miedo intenso o terror, inesperados o sin motivo aparente, que duraron aproximadamente entre 10 y 20 minutos?	
	Frecuencia absoluta (%)
Si	51 (51)
No	49 (49)
Total	100 (100)

El 51% de la muestra total de estudiantes de medicina de la UAI respondió haber tenido crisis o ataques caracterizados por miedo intenso o terror, inesperados o sin motivo aparente, que duraron aproximadamente entre 10 y 20 minutos y el 49% refirió no haber tenido crisis o ataques caracterizados por miedo intenso o terror.

Se procedió a analizar las siguientes variables con el total de los 51 estudiantes de medicina que respondieron sí haber padecido crisis o ataques caracterizados por miedo intenso o terror.

Tabla 7: Distribución de frecuencias absolutas y relativas de los síntomas que alcanzaron su máxima intensidad en los primeros 10 minutos.

¿En estas crisis, ha tenido algunos de los siguientes síntomas, que alcanzaron su máxima intensidad en los primeros 10 minutos?	Frecuencia absoluta (%)
A- Palpitaciones o taquicardia o aumento de la frecuencia cardíaca.	44 (86,27)
B- Sudoración	42 (82,35)
C- Temblores o sacudidas musculares	18 (35,29)
D- Sensación de ahogo o falta de aliento/aire	23 (45,09)
E- Sensación de atragantamiento o "nudo en la garganta"	31 (60,78)
F- Opresión en el pecho o malestar torácico	21 (41,18)
G- Nauseas o molestias abdominales	21 (41,18)
H- Inestabilidad, mareos, desmayo	12 (23,53)
I- Sensación de irrealidad o de estar separado de si mismo	14 (27,45)
J- Miedo a perder el control o volverse loco	20 (27,45)
K- Miedo a morir	9 (17,64)
L- Sensación de entumecimiento en los miembros superiores o inferiores	20 (39,21)
M- Escalofríos o sofocación	29 (56,86)

Se observó que los síntomas que padecen los estudiantes de medicina de la UAI con mayor frecuencia son: A- Palpitaciones o taquicardia o aumento de la frecuencia cardíaca, B-Sudoración, E- Sensación de atragantamiento o "nudo en la garganta" y M- Escalofríos o sofocación.

Tabla 8: Distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la presencia de inquietud o ansiedad persistente por la posibilidad de sufrir nuevamente estas crisis.

¿Presentó inquietud o ansiedad persistente por la posibilidad de sufrir nuevamente estas crisis?	Frecuencia absoluta (%)
Si	20 (39,22)
No	31 (60,78)
Total	51 (100)

Del total de alumnos que refirieron haber tenido crisis el 61% no presentó inquietud o ansiedad persistente por la posibilidad de sufrir nuevamente estas crisis mientras que el 39% si presentó inquietud o ansiedad ante la posibilidad de sufrir nuevamente estas crisis.

Tabla 9: Distribución de las frecuencias absolutas y relativas sobre si realizó o no cambios significativos en su comportamiento o conducta debido al padecimiento de estas crisis.

¿Realizó algún cambio significativo en su comportamiento conducta debido al padecimiento de estas crisis?	Frecuencia absoluta (%)
Si	21 (41,18)
No	30 (58,82)
Total	51 (100)

Del total de alumnos que refirieron haber tenido crisis el 41% realizó cambios significativos en su comportamiento o conducta debido al padecimiento de estas crisis y 59% no refirió realizar cambios debido a estas crisis.

Tabla 10: Distribución de las frecuencias absolutas y relativas sobre que realizaron al respecto para tratar estas crisis.

¿Qué hizo al respecto para tratar de disipar o calmar estas crisis?	Frecuencia absoluta (%)
A- Consultó un médico al instante	12 (23,53)
B- Tomó alguna medicación	11 (21,57)
C- Trató de distraerse	33 (64,71)
D- Trató de relajarse	46 (90,16)
E- Otros	7 (13,72)

De los estudiantes de medicina encuestados que respondieron haber padecido crisis, la gran mayoría trató de distraerse y/o trató de relajarse para tratar de disipar o calmar estas crisis.

Tabla 11: Distribución de las frecuencias absolutas y relativas de si recuerda en qué momento del día se encontraba cuando experimentó estas crisis.

¿Recuerda en qué momento del día se encontraba cuando experimentó alguna de estas crisis?	Frecuencia absoluta (%)
A- Al levantarse	8 (15,69)
B- Durante el transcurso del día	23 (45,09)
C- Antes de dormir	15 (29,41)
D- Mientras dormía	6 (11,76)
E- Otros	12 (23,53)

Del total de alumnos encuestados que respondieron haber padecido alguna de estas crisis, recuerdan haberla experimentado durante el transcurso del día y/o antes de dormir.

Tabla 12: Distribución de las frecuencias absolutas y relativas de si recuerda en qué lugar se encontraba cuando sufrió dicha crisis.

¿ Recuerda en qué lugar se encontraba cuando sufrió dicha crisis?	Frecuencia absoluta (%)
A- En su casa	33 (64,71)
B- En la calle	11 (21,57)
C- En la facultad	22 (43,13)
D- En algún medio de transporte	5 (9,80)
E- En su medio laboral	3 (5,88)
F-Otros	6 (11,76)

Del total de alumnos encuestados que respondieron haber padecido alguna de estas crisis, en su mayoría recuerdan estar en su casa y/o en la facultad al momento de padecerlas.

Tabla 13: Distribución de las frecuencias absolutas y relativas de si se relacionó dicho padecimiento con alguna situación determinada.

¿Relacionó dicho padecimiento con alguna situación determinada?	Frecuencia absoluta (%)
A- Un examen oral/escrito	36 (70,59)
B- Una noticia	9 (17,65)
C- Una situación estresante	38 (74,51)
D- Otras	7 (13,72)

Del total de estudiantes de medicina encuestados que respondieron haber padecido crisis, la mayor parte de los mismos relacionó dicho padecimiento como consecuencia de un examen oral/escrito y/o una situación estresante.

Tabla 14: Distribución de las frecuencias absolutas y relativas de si se puede relacionar la presencia de algunos de estos síntomas luego o durante el consumo de drogas.

¿ Puede relacionar la presencia de algunos de estos síntomas luego o durante el consumo de drogas?	Frecuencia absoluta (%)
Si	10 (10)
No	90 (90)
Total	100 (100)

Se observa que la frecuencia de los estudiantes de medicina de la UAI al responder si relacionan la presencia de algunos estos síntomas luego o durante el consumo de drogas; solo el 10% respondió de forma afirmativa mientras que el 90% de forma negativa.

Se realizó un análisis similar en el cual se toma en cuenta el total de los estudiantes de medicina de la UAI incluidos en la muestra que padecen de crisis discriminados en de acuerdo al año de cursado de 1° a 3° y de 4° a 6° con el fin de responder al objetivo planteado.

Tabla 15: Distribución de las frecuencias absolutas y relativas de si padece crisis en los estudiantes de cursado de 1° a 3° año y de 4° a 6° año.

¿Ha tenido crisis o ataques caracterizados por miedo intenso o terror, inesperados o sin motivo aparente, que duraron aproximadamente entre 10 y 20 minutos?	Frecuencia absoluta (%)	
	1° a 3°	4° a 6°
Si	27 (54)	24 (48)
No	23 (46)	26 (52)
Total	50 (100)	50 (100)

Se observó que los estudiantes de medicina de la UAI que respondieron haber tenido crisis o ataques caracterizados por miedo intenso o terror, inesperados o sin motivo aparente, que duraron aproximadamente entre 10 y 20 minutos, el 54%

correspondió a los alumnos que cursan entre 1° y 3° año y el 48% correspondió a los que cursan entre de 4° a 6° año. Parece no haber diferencias entre las frecuencias de los que padecen crisis entre los de 1° y 3° año y los de 4° a 6° año.

Tabla 16: Distribución de frecuencias absolutas y relativas de los síntomas que alcanzaron su máxima intensidad en los primeros 10 minutos entre los estudiantes de cursado de 1° a 3° año y de 4° a 6° año.

¿En estas crisis, ha tenido algunos de los siguientes síntomas, que alcanzaron su máxima intensidad en los primeros 10 minutos?	Frecuencia absoluta (%)	
	1° a 3°	4° a 6°
A- Palpitaciones o taquicardia o aumento de la frecuencia cardíaca.	21 (77,78)	23 (95,83)
B- Sudoración	23 (85,19)	19 (79,17)
C- Temblores o sacudidas musculares	13 (48,15)	5 (20,23)
D- Sensación de ahogo o falta de aliento/aire	11 (40,74)	12 (50,00)
E- Sensación de atragantamiento o "nudo en la garganta"	17 (62,96)	14 (58,33)
F- Opresión en el pecho o malestar torácico	13 (48,15)	8 (33,33)
G- Nauseas o molestias abdominales	9 (33,33)	12 (50,00)
H- Inestabilidad, mareos, desmayo	7 (25,93)	5 (20,83)
I- Sensación de irrealidad o de estar separado de si mismo	9 (33,33)	5 (20,83)
J- Miedo a perder el control o volverse loco	13 (48,15)	7 (29,17)
K- Miedo a morir	6 (22,22)	3 (12,50)
L- Sensación de entumecimiento en los miembros sup o inf	13 (48,15)	7 (29,17)
M- Escalofríos o sofocación	18 (66,67)	11 (45,83)

En la tabla 16 se observa que los síntomas con mayor frecuencia de respuesta son similares tanto para los alumnos de 1° a 3° año como para los de 4° a 6° año.

Los mismos son A- Palpitaciones o taquicardia o aumento de la frecuencia cardíaca, B-Sudoración, E- Sensación de atragantamiento o "nudo en la garganta".

Pareciera haber diferencia en síntoma C- Temblores o sacudidas musculares donde las frecuencias de respuesta de los alumnos de 1° a 3° parecen ser mucho mayores que las frecuencias de respuesta de los alumnos de 4° a 6° año.

Aunque en general tuvieron un comportamiento similar las frecuencias de respuestas tanto los alumnos de 1° a 3° año como los de 4° a 6° año.

Tabla 17: Distribución de frecuencias absolutas y relativas de la presencia de inquietud o ansiedad persistente por la posibilidad de sufrir nuevamente estas crisis entre los estudiantes de cursado de 1° a 3° año y de 4° a 6° año.

¿Presentó inquietud o ansiedad persistente por la posibilidad de sufrir nuevamente estas crisis?	Frecuencia absoluta (%)	
	1° a 3°	4° a 6°
Si	13 (48,15)	7 (29,17)
No	14 (51,85)	17 (70,83)
Total	27 (100)	24 (100)

En la tabla 17 se observa que pareciera ser mayor la presencia de inquietud o ansiedad persistente por la posibilidad de sufrir nuevamente estas crisis en los alumnos que cursan entre 1° y 3° en comparación con los alumnos que cursan entre 4° y 6° año.

Tabla 18: Distribución de frecuencias absolutas y relativas de si realizó o no cambio significativo en su comportamiento o conducta debido al padecimiento de estas crisis entre los estudiantes de cursado de 1° a 3° año y de 4° a 6° año.

¿Realizó algún cambio significativo en su comportamiento conducta debido al padecimiento de estas crisis?	Frecuencia absoluta (%)	
	1° a 3°	4° a 6°
Si	11 (40,74)	10 (41,66)
No	16 (59,26)	14 (58,33)
Total	27 (100)	24 (100)

En la tabla 18 se observó que los porcentajes relativos de respuesta sobre si realizó o no cambio significativo en su comportamiento o conducta debido al

padecimiento de estas crisis entre los estudiantes de cursado de 1° a 3° y de 4° a 6° año parecieran ser muy similares, casi idénticos. Aproximadamente el 41% tanto de los alumnos que cursan entre 1° a 3° como los que cursan entre 4° a 6° realizó cambios significativos en su comportamiento debido al padecimiento de crisis mientras que el 60% aproximadamente no realizó cambios significativos.

Tabla 19: Distribución de frecuencias absolutas y relativas de sobre que realizaron al respecto para tratar estas crisis estudiantes de cursado de 1° a 3° año y de 4° a 6° año.

¿Qué hizo al respecto para tratar de disipar o calmar estas crisis?	Frecuencia absoluta (%)	
	1° a 3°	4° a 6°
A- Consultó un médico al instante	8 (29,63)	4 (16,67)
B- Tomó alguna medicación	5 (18,52)	6 (25,00)
C- Trató de distraerse	21 (77,78)	12 (50,00)
D- Trató de relajarse	26 (96,30)	20 (83,33)
E- Otros	5 (18,52)	2 (8,33)

En tabla 19 se observó que tanto para los estudiantes que cursan entre 1° y 3° año como para los que cursan de 4° a 6° año presentaban frecuencias relativas similares sobre qué realizaron al respecto para tratar estas crisis. Las respuestas con mayor frecuencia relativa corresponden a C- Trató de distraerse y/o D- Trató de relajarse

Tabla 20: Distribución de frecuencias absolutas y relativas de si recuerda en qué momento del día se encontraba cuando experimentó estas crisis de los estudiantes de cursado de 1° a 3° año y de 4° a 6° año.

¿Recuerda en que momento del día se encontraba cuando experimentó alguna de estas crisis?	Frecuencia absoluta (%)	
	1° a 3°	4° a 6°
A- Al levantarse	2 (7,41)	5(20,83)
B- Durante el transcurso del día	13 (48,15)	10 (41,67)
C- Antes de dormir	9 (33,33)	6 (25,00)
D- Mientras dormía	3 (11,11)	3 (12,50)
E- Otros	5 (18,52)	7 (29,17)

En la tabla 20 se observó que los alumnos, en general, recuerdan B- Durante el transcurso del día y/o C- Antes de dormir haber experimentado estas crisis tanto los que cursan de 1° a 3° año como los que cursan entre 4° a 6° año.

Tabla 21: Distribución de frecuencias absolutas y relativas de si recuerda en qué lugar se encontraba cuando sufrió dicha crisis de los estudiantes de cursado de 1° a 3° año y de 4° a 6° año.

¿ Recuerda en qué lugar se encontraba cuando sufrió dicha crisis?	Frecuencia absoluta (%)	
	1° a 3°	4° a 6°
A- En su casa	20 (74,07)	13 (54,17)
B- En la calle	6 (22,22)	5 (20,83)
C- En la facultad	12 (44,44)	10 (41,67)
D- En algún medio de transporte	3 (11,11)	2 (8,33)
E- En su medio laboral	1 (3,70)	2 (8,33)
F-Otros	2 (7,41)	4 (16,67)

En tabla 21 se observó que tanto los alumnos que cursan entre 1° y 3° año como los que cursan entre 4° y 6° año en su mayoría recordaron estar A- En su casa y/o C- En la facultad cuando padecieron éstas crisis.

Tabla 22: Distribución de frecuencias absolutas y relativas de si recuerda se relacionó dicho padecimiento con alguna situación determinada de los estudiantes de cursado de 1° a 3° año y de 4° a 6° año.

¿Relacionó dicho padecimiento con alguna situación determinada?	Frecuencia absoluta (%)	
	1° a 3°	4° a 6°
A- Un examen oral/escrito	17 (27,96)	19 (79,17)
B- Una noticia	5 (18,52)	4 (16,67)
C- Una situación estresante	23 (85,19)	15 (62,5)
D- Otras	4 (14,81)	3 (12,50)

En la tabla 22 se observó que los mayores porcentajes corresponden a A- Un examen oral/escrito y/o C- Una situación estresante tanto para los alumnos que cursan entre 1° y 3° año como los que cursan entre 4° y 6° año.

Además, pareciera ser mucho mayor el porcentaje que corresponde a A- Un examen oral/escrito de los estudiantes que cursan entre 4° y 6° año en relación a los que cursan entre 1° y 3° año.

Test no paramétrico de homogeneidad e independencia.

Tabla 23:

¿ Ha tenido crisis o ataques caracterizados por miedo intenso o terror, inesperados o sin motivo aparente, que duraron aproximadamente entre 10 y 20 minutos?			
Cursado	Si	No	TOTAL
1° a 3°	27	23	50
4° a 6°	24	26	50
TOTAL	51	49	100

Se calculó la estadística Chi-cuadrado a partir de la tabla 21. Dicha estadística arrojó como resultado un valor de $\chi^2 = 0,36$ con una probabilidad asociada de 0,548.

En base a este resultado y con un nivel de significación del 5%, se concluyó que no hay diferencias en la presentación de crisis de pánico entre los estudiantes de la carrera de medicina de UAI de 1° a 3° año en comparación con los estudiantes de 4° a 6° año. Es decir que existe homogeneidad en la muestra.

Tabla 24:

¿ Ha tenido crisis o ataques caracterizados por miedo intenso o terror, inesperados o sin motivo aparente, que duraron aproximadamente entre 10 y 20 minutos?			
Sexo	Si	No	TOTAL
Femenino	34	22	56
Masculino	17	27	44
TOTAL	51	49	100

Se calcula la estadística Chi-cuadrado a partir de la tabla 22. Dicha estadística arrojó como resultado un valor de $\chi^2 = 4,806$ con una probabilidad asociada de 0,028.

Con un nivel de significación del 5%, hay diferencias entre el sexo de los estudiantes de medicina y la presentación de crisis de pánico.

Pareciera ser evidente que los estudiantes de medicina de la UAI de sexo femenino tienden a padecer crisis de pánico en mayor medida que los estudiantes de sexo masculino.

Tabla 25:

¿ Ha tenido crisis o ataques caracterizados por miedo intenso o terror, inesperados o sin motivo aparente, que duraron aproximadamente entre 10 y 20 minutos?			
Oriundo de	Si	No	TOTAL
Rosario	26	12	38
Otra localidad	25	37	62
TOTAL	51	49	100

Se calcula la estadística Chi-cuadrado a partir de la tabla 21. Dicha estadística da como resultado un valor de $\chi^2 = 7,44$ con una probabilidad asociada de 0,006. Con un nivel de significación del 5%, existe relación entre el origen de los estudiantes de medicina de la UAI y el padecimiento de crisis de pánico. Pareciera que los estudiantes de medicina que son de otra localidad padecen de crisis de pánico en menor medida que los estudiantes de medicina que son oriundos de Rosario.

Tabla 26:

¿Ha tenido crisis o ataques caracterizados por miedo intenso o terror, inesperados o sin motivo aparente, que duraron aproximadamente entre 10 y 20 minutos?			
Consumo de Droga	Si	No	TOTAL
Si	6	4	10
No	45	45	90
TOTAL	51	49	100

Se calcula la estadística Chi-cuadrado a partir de la tabla. Dicha estadística da como resultado un valor de $\chi^2 = 0,36$ con una probabilidad asociada de 0,548. Con un nivel de significación del 5% y ante la evidencia muestral, no hay diferencias entre los estudiantes de medicina que respondieron haber relacionado el consumo de drogas con la presencia de ataques de pánico y los estudiantes que padecen de ataques de pánico.

DISCUSIÓN

En el presente trabajo se evaluó con qué frecuencia se presentan los ataques de pánico en alumnos de la carrera de Medicina de la UAI Sede Regional Rosario comparando dicha frecuencia entre alumnos de primero a tercer año y de cuarto a sexto año de la carrera y sus principales factores asociados tales como edad, sexo, determinantes psicosociales (estilos cognitivos, acontecimientos vitales, etc.) que en éste trabajo se hizo hincapié sobre la relación de la frecuencia de ataque de pánico de acuerdo al año de cursada (diferencia de primero a tercer año con cuarto a sexto año) y la prevalencia de acuerdo al lugar de origen.

Del total de alumnos encuestados (56 de sexo femenino y 44 de sexo masculino), el 51 % refirió haber padecido durante el transcurso de la carrera al menos un episodio de ataque de pánico.

Las crisis de pánico fueron en el 51% completas (representadas por más de 4 síntomas) y en el 49% fueron crisis de pánico con síntomas limitados.

Estos resultados muestran una frecuencia de crisis de pánico inferior a los datos de un estudio realizado en la Facultad de Medicina de la Ciudad de Corrientes, Argentina donde se identificó que el 69% presentaron síntomas coincidentes con crisis de ataque de pánico⁽³⁾ y una frecuencia mucho mayor comparándolo con datos recientes del ECA (Epidemiologic Carthment AREA, Weissman-Merikangas 1986) que indican una prevalencia de Trastorno de pánico del 0.4 al 1.2 %.⁵

Las crisis de pánico se presentaron en 60,71% alumnos de sexo femenino (34 alumnas de 56 encuestadas) y 44% de sexo masculino (17 alumnos de un total de 44 encuestados). El valor mínimo de edad que se presenta es 18 años mientras que el máximo valor es de 34 años.

Los datos expuestos anteriormente coinciden con la bibliografía consultada, la cual expresa que es más frecuente en la mujer y suele iniciarse entre los 20 y 30 años,⁽⁴⁾ y también coincidente comparándolo con un estudio en los Centros Asistenciales de Asepeyo de Málaga y Guadalhorce donde indica que el 69,10%

de los casos se trataba de mujeres. El 30,14% de los afectados se encontraba entre los 26 y los 35 años.⁽⁷⁾

Los síntomas más frecuentes que conformaron las crisis de pánico completas fueron palpitaciones y taquicardia (86,27%), sudoración (82,35%), sensación de atragamiento o nudo en la garganta (60,78%) y escalofríos o sofocación (56,86%), mientras que para las crisis incompletas los síntomas más frecuentes fueron sólo los dos primeros antes mencionados; correlacionándose esto con la lista de síntomas pánicos expresados en el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV), en cuanto al orden de frecuencia.⁽¹⁰⁾

Las vidas de algunas personas se restringen tanto que terminan evitando actividades normales, tales como ir de compras o conducir un automóvil.⁽¹⁴⁾

Aproximadamente un tercio de estas personas se limitan a vivir en sus casas o sólo pueden enfrentar una situación temida si están acompañadas por su cónyuge o una persona de confianza.⁽¹⁴⁾ Cuando la enfermedad llega hasta este punto, se llama agorafobia o miedo a los espacios abiertos.

Del total de los alumnos que padecieron crisis de pánico en nuestro estudio, sólo el 23,53% refirió haber consultado al médico, 21,57% tomó alguna medicación, el 64,71% trató de distraerse y el 90,16 % trató de relajarse luego de producirse las crisis. Lo cual comparando los resultados de nuestro trabajo con la mención bibliográfica antes citada indica que las personas al padecer un ataque de pánico sólo un bajo porcentaje hace consulta a su médico con el consiguiente tratamiento adecuado, por lo tanto sería una de las causas de progresión de ataques de pánico hacia agorafobia.

Cabe destacar, que según la bibliografía consultada, la mayoría de las personas experimentan un trastorno de ansiedad simplemente sobre la base de influencias psicológicas, sociales y medioambientales.⁽⁸⁾ Los problemas de relaciones interpersonales, académicos y laborales, amenazas de pérdidas, necesidades sociales y económicas apremiantes, cambios en el sistema de vida, etc. se

asocian en la producción de los trastornos de adaptación de tipo ansioso y de la ansiedad generalizada.⁽¹⁾ En el presente estudio, en lo que respecta a los factores que podrían influenciar la aparición de las crisis de pánico se concluye que no hay diferencias en la presentación de crisis de pánico entre estudiantes de la carrera de medicina de UAI de 1° a 3° año en comparación con los estudiantes de 4° a 6° año. Ya que de los alumnos que han padecido ataques de pánico que cursan de primero a tercer año corresponde a un 27% y en comparación con alumnos que cursan de cuarto a sexto año es de un 24%. Es decir que existe homogeneidad en la muestra. Por tanto puede decirse que en cuanto a influencias de factores académicos no está relacionado con el transcurso de cursado y es independiente del nivel académico. Así mismo, tampoco se encontraron estudios o datos aportados por la bibliografía que aportaran información sobre dicha comparación.

Además, relacionando también dicha cita bibliográfica podemos relacionar a nuestros resultados de que los alumnos que padecieron ataques de pánico, identificaron tales síntomas con un examen oral / escrito en un 70,59%, lo atribuyen a otras situaciones estresantes en el 74,51%, el 17,65% a ciertas noticias y 13,72% restante a otros factores.

De la comparación con el estudio realizado en la Facultad de Medicina de Corrientes respecto a las causas desencadenantes creen estar relacionadas con el hecho de que son personas que se separan del núcleo familiar y sufren distintas presiones ya sean académicas o personales por lo que deducen estar más propensas a desarrollar stress.⁽³⁾ De acuerdo a nuestros resultados no coincide con el estudio antes mencionado, por el contrario, pareciera que los estudiantes de medicina que son provenientes de otra localidad fuera de Rosario padecen de crisis de pánico en menor medida que los estudiantes de medicina que son oriundos de Rosario. Ya que el porcentaje de alumnos que padecen de ataques de pánico de Rosario es de un 68,42% (26 alumnos de un total de 38) y el porcentaje de alumnos con ataque de pánico oriundos de otras localidades es de un 40,32% (25 alumnos de un total de 62 alumnos).

CONCLUSIÓN

A través de la presente investigación se ha detectado que la frecuencia de crisis de pánico en los estudiantes de la carrera de medicina de la Universidad Abierta Interamericana de la ciudad de Rosario es elevada. Siendo que el 45 % refirió haber padecido durante el transcurso de la carrera al menos un episodio de ataque de pánico.

Entre los alumnos que refirieron haber padecido crisis de pánico, hay diferencias entre el sexo de los estudiantes de medicina. Pareciera ser evidente que los estudiantes de medicina de la UAI de sexo femenino (60,71%, 34 alumnas con ataques de pánico de un total de 56 alumnas encuestadas) tienden a padecer crisis de pánico en mayor medida que los estudiantes de sexo masculino (38,63%, 17 alumnos con ataques de pánico de un total de 44 alumnos encuestados).

La edad media de los alumnos incluidos en la muestra es de 23,86 años de edad con un desvío estándar de 3,74 años de edad. La mediana de la variable edad es de 23 años.

Con respecto a la relación entre frecuencia de crisis de pánico y año de la carrera en que se encontraban cursando los alumnos, la misma no arrojó datos significativos, que pudieran mostrar aumento o disminución de las crisis a medida que aumentaban los años de estudio, el 54% (27 alumnos con ataques de pánico de un total de 50 encuestados) corresponde a los alumnos que cursan entre 1° y 3° año y el 48% (24 alumnos con ataques de pánico de un total de 50 encuestados) corresponde a los que cursan entre de 4° a 6° año. Parece no haber diferencias entre las frecuencias de los que padecen crisis entre los de 1° y 3° año y los de 4° a 6° año.

Con respecto al lugar de origen de los alumnos que padecen de ataques de pánico existe relación entre el origen de los estudiantes de medicina de la UAI y el padecimiento de crisis de pánico.

Pareciera que los estudiantes de medicina que son de origen de otra localidad padecen de ataques de pánico en menor medida que los estudiantes de medicina que son oriundos de Rosario. Siendo para los primeros un 40,32% (25 de un total de 62 alumnos) y para los oriundos de Rosario 68,42% (26 de un total de 38 alumnos con ataques de pánico).

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Dr. Jesús Américo Reyes-Ticas. Trastornos de Ansiedad, guía práctica para diagnóstico y tratamiento. Honduras, Editorial Pfizer, impreso en Costa Rica; 2006.
- 2- Arcas Guijarro, Cano Vindel Antonio. Procesos cognitivos en el trastorno de ansiedad generalizada, según el paradigma del procesamiento de la información. Revista Elctr de Psicol. Vol. 3, No. 1. España: enero 1999
- 3- Quaranta, Telmo Ramón. “Trastornos de Pánico en los estudiantes de la Facultad de Medicina de la Ciudad de Corrientes”. Revista de Posgrado de la VI a Cátedra de Medicina. N° 174 – Octubre 2007.
- 4- Dr. Fernando Gonçalves Estella, Dr. Víctor Manuel González Rodríguez, Dr. Jesús Vázquez Castro.”Guía de Buena práctica Clínica en Depresión y Ansiedad”. © IM&C, S.A. Editorial: International Marketing & Communications, S.A. (IM&C) Alberto Alcocer, 13, 1.º D. 28036 Madrid.
- 5- Myriam González Klett., Inmaculada Mata Hernández., Eva Mena García.”Trastornos de Ansiedad-Depresión en el Entorno de la Contingencia Común”. Máster Universitario en Medicina Evaluadora. Edición 2006-2007. Disponible en <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/7026/1/TRASTORNOS%20%20DE%20ANSIEDAD-DEPRESION.pdf>
- 6- Dr. Javier Andrés Lotero, Alejandro Festorazzi Acosta, Alejandro Luis Rodríguez. “Epidemiología de los Trastornos de Ansiedad y Depresión en adolescentes de una población rural”. Revista de Posgrado de la VIa

Cátedra de Medicina. N° 184 – Agosto 2008. Disponible en
http://www.med.unne.edu.ar/revista/revista184/2_184.pdf

- 7- Dra. Dolores M^a Vilariño Rodríguez. Dr. Francisco J. Vicaria Arroyo. Málaga, España. Máster Universitario en Medicina Evaluadora. Edición 2008-2009. Disponible en:
<http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/13327/1/TRASTORNOS%20ANSIEDAD-DEPRESION.%20MME.%20word.pdf>
- 8- S. Bhave. “Trastorno de ansiedad y depresión en jóvenes universitarios” *Pediatr Clin N Am* 52 (2005) 97 – 134. Disponible en:
<http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/501/1v052n0001a00152.pdf>
- 9- Alfredo Horacio Cía “Trastorno de Ansiedad Social”. Buenos Aires, editorial: Polemos; 2004
- 10- Deborah Antai-Otong. “Educación Sanitaria del paciente”. *Nursing* 2007. Volúmen 25, número 6.
- 11- F. Ortuño “Lecciones en Psiquiatría”. Editorial Médica Panamericana S.A. 2010. Alberto Alcocer, 24-28036. Madrid
- 12- Alfredo H. Cía: Asociación Argentina de Trastornos de Ansiedad. *Revista Argentina de Clínica Psicológica* XVI .p.p. 29-33; 2007 Fundación AIGLE.

- 13-Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of twelvemonth DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Archives of General Psychiatry*. 2005; 62(6):617–627.
- 14-Robins LN, Regier DA, eds. *Psychiatric Disorders in America: the Epidemiologic Catchment Area Study*. New York: The Free Press, 1991.
- 15-Regier DA, Rae DS, Narrow WE, et al. Prevalence of anxiety disorders and their comorbidity with mood and addictive disorders. *British Journal of Psychiatry Supplement*. 1998;34:24–28.
- 16-Kushner MG, Sher KJ, Beitman BD. The relation between alcohol problems and the anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*. 1990;147(6):685–695.
- 17-Herrán Andrés, García-Unzueta María Teresa, Sierra Biddle Deirdre, Carrera María, Ayestarán Ana, Amado José Antonio. *El modelo de reacción de estrés en el Trastorno de Angustia*. Editorial: Intersalud. Cantabria; 2003
- 18- Ricardo Rodriguez Biglieri, Giselle Vetere. “Manual de Terapia Cognitiva Conductual de los trastornos de ansiedad”. Editorial Polemos. Buenos Aires 2011.

Anexo

ENCUESTA

Sexo:

Edad:

Año de la carrera que cursa:

¿Es ud. oriundo de rosario?:

Estudios universitarios previos:

Actividad Laboral:

1- ¿Ha tenido crisis o ataques caracterizados por miedo intenso o terror, inesperados o sin motivo aparente, que duraron aproximadamente entre 10 y 20 minutos? Sí No

2- ¿En estas crisis, ha tenido algunos de los siguientes síntomas, que alcanzaron su máxima intensidad en los primeros 10 minutos?

A- Palpitaciones o taquicardia o aumento de la frecuencia cardíaca

Sí No

B- Sudoración

Sí No

C- Temblores o sacudidas musculares

Sí No

D- Sensación de ahogo o falta de aliento / aire

Sí No

E- Sensación de atragantamiento o “nudo en la garganta”

Sí No

F- Opresión en el pecho o malestar torácico

Sí No

G- Náuseas (ganas de vomitar) o molestias abdominales

Si No

H- Inestabilidad, mareos, desmayo

Si No

I- Sensación de irrealidad o de estar separado de sí mismo

Sí No

J- Miedo a perder el control o volverse loco

Sí No

K- Miedo a morir

Sí No

L- Hormigueos o sensación de entumecimiento en los miembros

superiores o inferiores

Sí No

M- Escalofríos o sofocación

Sí No

3- Si padeció los síntomas descritos anteriormente responda lo siguiente:

a) ¿Presentó inquietud o ansiedad persistente por la posibilidad de sufrir nuevamente estas crisis? Sí No

b) ¿Realizó algún cambio significativo en su comportamiento o conducta debido al padecimiento de estas crisis?

Sí No

4- ¿Qué hizo al respecto para tratar de disipar o calmar estas crisis?

	Sí	No
a- Consultó al médico al instante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b- Tomó alguna medicación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c- Trató de distraerse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d- Trató de relajarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e- Otro/s	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5- ¿Recuerda en qué momento del día se encontraba cuando experimentó alguna de estas crisis?

	Sí	No
a- Al levantarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b- Durante el transcurso del día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c- Antes de dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d- Mientras dormía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e- Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6- ¿Recuerda en qué lugar se encontraba cuando sufrió dicha crisis?

	Sí	No
a- En su casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b- En la calle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c- En la facultad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d- En algún medio de transporte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e- En su medio laboral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f- Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7- ¿Relacionó dicho padecimiento con alguna situación determinada?

	Sí	No
a- Un examen oral / escrito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b- Una noticia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c- Una situación estresante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d- Otras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8- ¿Puede relacionar la presencia de algunos de estos síntomas luego o durante el consumo de drogas? (cocaína, marihuana, LSD, etc.)

Sí NO