



Universidad Abierta Interamericana
Sede Regional Rosario
Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud

Título: “Frecuencia de crisis de pánico en estudiantes de la carrera de Medicina de la Universidad Abierta Interamericana de la ciudad de Rosario”.

Alumno: Iván Cerelli

Tutor: Prof. Dr. Hernán Chiesa

Fecha de presentación: junio de 2008

Índice

Resumen-----	2
Introducción -----	3
Marco teórico -----	5
Problema-----	12
Objetivos-----	12
Material y métodos -----	13
Resultados -----	16
Discusión -----	36
Conclusión-----	39
Bibliografía -----	40
Anexos -----	44

Resumen

El trastorno de pánico es una enfermedad con ascendente prevalencia en los últimos tiempos y su subdiagnóstico hace que la misma vire hacia la cronicidad acompañándose de trastornos secundarios como la hipocondría, la depresión, el abuso de drogas, alcoholismo y graves limitaciones en la vida sociolaboral.

El presente corresponde a un estudio de tipo descriptivo realizado en base a los datos aportados por una encuesta a 109 estudiantes de 2do. a 5to. año de la carrera de Medicina de la Universidad Abierta Interamericana, sede Regional Rosario, durante el periodo comprendido entre el 1º de marzo y el 30 de mayo de 2008. Con el objetivo de conocer la frecuencia de crisis de pánico, analizar las características generales de la población en estudio, conocer la frecuencia de presentación de los distintos síntomas de pánico que pudieran conformar una crisis e investigar si la existencia de las crisis de pánico se relaciona al año de cursado de la carrera de Medicina.

Se arribaron a las siguientes conclusiones: del total de los alumnos que realizaron la encuesta, 25 refirieron haber padecido, durante el transcurso de sus estudios, al menos un episodio de pánico; las edades de los mismos oscilaban entre 18 y 29 años, la mayor frecuencia de crisis se detectó en el sexo femenino y entre los alumnos de 2^{do} año de la carrera y el 44% relacionó dichas crisis con un examen oral o escrito.

Palabras clave: Crisis, pánico, Rosario, Universidad, Estudiantes, enfermedad, medicina, ansiedad, Argentina, miedo, palpitaciones, medico, alprazolam, antidepresivos, encuesta.

Introducción

El pánico puede definirse 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. Suele acompañarse de sensaciones corporales displacenteras intensas, dificultades para razonar con claridad y la impresión de que está por producirse una catástrofe inminente que puede traducirse como “algo terrible que está por suceder”.^{1,2}

El término pánico proviene del griego panikón, que significa “miedo grande”.³

Desde la etimología de los términos podemos pensar el ataque de pánico como un estado donde el sujeto se siente atado a un miedo total e invasivo.³

El trastorno de pánico es una enfermedad crónica y frecuente que produce elevada morbilidad asociada a un alto grado de disfunción interpersonal y un marcado costo social. Se lo considera como uno de los cinco desórdenes mentales con el impacto más alto en término de deterioro laboral y parece ser mayor que el asociado a enfermedades físicas crónicas.⁴

Dicho trastorno está caracterizado por crisis de pánico recurrente e inesperado que se presentan como episodios de miedo repentinos con síntomas somáticos, como disnea, palpitaciones y mareos que pueden, o no, estar precipitados por la exposición a estímulos desencadenantes. El paciente suele desarrollar ansiedad anticipatoria preocupándose constantemente acerca de cuándo y cómo tendrá lugar la próxima crisis.^{5,6}

El trastorno de pánico no se encuentra adecuadamente manejado en los servicios de atención primaria, aunque su prevalencia es alta, lo que determina que

estos pacientes no reciban el diagnóstico correcto para un tratamiento y seguimiento adecuado.³

En países desarrollados el trastorno de pánico tiene una prevalencia de entre 1,6% y 2,2%. Sus síntomas se presentan a partir de los 20 años. Hay una mayor frecuencia en mujeres (2: 1).⁷

En Argentina se llevó adelante un trabajo en la ciudad de Corrientes sobre trastorno de pánico en estudiantes de medicina, que mostró que el 69% presentaba síntomas coincidentes con crisis de ataque de pánico, correspondiendo el 54% al sexo femenino y el 46% al sexo masculino.⁸

En el presente trabajo se intentará conocer la frecuencia con que se presentan las crisis de pánico, caracterizadas por 4 o más síntomas panicosos coincidentes en el tiempo, en un grupo de estudiantes de la carrera de Medicina de la Universidad Abierta Interamericana, sede Regional Rosario.

Marco teórico

Podemos definir a la ansiedad normal como una emoción psicobiológica básica, adaptativa ante un desafío o peligro presente o futuro. Su función es la de motivar conductas apropiadas para superar dicha situación y su duración está en relación a la magnitud y a la resolución del problema que la desencadenó.⁹ A diferencia de ésta, la ansiedad patológica, es una respuesta exagerada, no necesariamente ligada a un peligro, situación u objeto externo, que puede llegar a resultar incapacitante, al punto de condicionar la conducta de un individuo, y cuya aparición o desaparición son aleatorias. En otras palabras, se puede decir que, la ansiedad es una respuesta normal, ligada al instinto de conservación de la especie, pudiendo transformarse en una respuesta patológica, cuando ocurre de modo innecesario y desproporcionado, interfiriendo negativamente en la vida laboral, social y familiar.⁷

Por lo tanto, la ansiedad puede abarcar desde una respuesta normal frente a una amenaza externa hasta una incomodidad o sufrimiento prolongado y obsesivo, caracterizado por temores inadecuados que perturban el funcionamiento cotidiano.¹⁰ Como una respuesta normal, los sentimientos de temor, preocupación, aprensión y alerta, así como un corazón palpitante, pueden ayudar a una persona a escapar de un daño físico. Sin embargo, como trastorno, la ansiedad perturba o causa una disrupción en diversos aspectos de la vida cotidiana y relaciones, tendiendo a persistir en el tiempo.⁷

Los trastornos de ansiedad, entre ellos el pánico, pueden manifestarse a través de cambios en las cogniciones, en el estado fisiológico, en el comportamiento y en las emociones.² Los síntomas más comunes en la esfera cognitiva son,

pensamientos persistentes que se imponen, sensaciones de fallar o de vergüenza, entre otros. Los cambios fisiológicos más comunes incluyen palpitaciones, sudoración, contracturas musculares, náuseas y diarrea.⁷ Los cambios comportamentales incluyen comerse las uñas, morderse los labios, hacer sonar los nudillos, presentar inquietud motora y finalmente, los emocionales pueden incluir entre otros, angustia, miedos, aprensión e irritabilidad.¹¹

El Trastorno de Pánico

El trastorno de pánico es un trastorno de ansiedad cuyos criterios diagnósticos implican la presencia de ataques de pánico inesperados y recurrentes; a algunos de ellos le siguen síntomas de ansiedad anticipatoria persistente que se relaciona con la posibilidad de tener otras crisis o el temor acerca de las implicancias o consecuencias del ataque.¹³

Los ataques de pánico son crisis discretas, por lo general paroxísticas, de temor o malestar intensos acompañadas por lo menos por cuatro de trece síntomas (nueve somáticos y cuatro cognitivos) definidos por el DSM IV.¹

Las crisis de Pánico se clasifican en:

- Completas o Típicas (si tienen 4 o mas síntomas)
- Incompletas o de síntomas limitados (con menos de 4 síntomas)

En cuanto a las circunstancias determinantes de su aparición, se dividen en:⁷

- *Inesperadas o espontáneas*: Son aquellas en la que no puede detectarse un factor causal y ocurren típicamente al comienzo del Trastorno de Pánico. Pueden repetirse en cualquier momento de la enfermedad.
- *Situacionales*: Se desencadenan por la exposición a un estímulo atemorizante y aún por la anticipación del mismo.

- *Más o menos relacionadas a situaciones determinadas*: Ocurren a veces, al exponer a la persona a estímulos potencialmente fobígenos, por ejemplo al viajar en avión o subte.

La mayor cantidad y la espectacularidad de los síntomas somáticos explican porque es habitual que las primeras consultas no se hagan con psiquiatras sino con clínicos, cardiólogos, neurólogos, etc. Esta situación puede llevar, todavía en el presente, a estudios complementarios excesivos e innecesarios, demoras injustificadas en el diagnóstico, la afirmación rotunda “no tiene nada” o tratamientos erróneos o insuficientes que facilitan la cronificación del trastorno.¹⁴

Las crisis tienen un comienzo abrupto y alcanzan su expresión máxima dentro de los diez minutos de iniciadas, aunque para el paciente se trata de un lapso interminable. A menudo se acompañan de una sensación de peligro inminente, una necesidad urgente de escapar y buscar ayuda o un sobrecogimiento paralizante hasta que el malestar cese.^{1,14}

Los ataques de pánico pueden ser inesperados (“espontáneos”), sin un desencadenante situacional conocido. Es más notable en el caso del primer ataque y los pacientes suelen recordar con precisión las condiciones en las que se desarrolló. No obstante, también pueden estar condicionados por la situación; a veces se presentan en contextos emocionales especiales o solo por la noche.¹⁵

Alrededor de un tercio de los ataques de pánico se presenta por primera vez en lugares públicos. Alrededor de un cuarto se inicia en algún medio de transporte (sea que el paciente conduzca o sea un pasajero) y un tercio debuta en la casa. En algunas oportunidades es posible identificar una fuente de estrés importante en un tiempo relativamente cercano al primer ataque (conflictos personales, estrés laboral o educativo, problemas financieros, duelos, etc.).^{1,15}

Las crisis de pánico más disruptivas son las que se producen de manera inesperada. No hay amenazas externa ni razón alguna para anticipar cualquier tipo de amenaza, pero con la alarma más pequeña, el sujeto comienza a transpirar, el corazón golpea más fuerte y la respiración se hace “más corta”.¹⁵

Si bien todos los pacientes comparten ciertas características comunes hay diferencias interindividuales importantes. La frecuencia de los ataques, su intensidad y la constelación sintomática prevalente varían en cada caso. Los síntomas más frecuentes son los cardiorrespiratorios, pero algunos de los síntomas cognitivos se presentan siempre.¹

El trastorno de pánico no tratado suele seguir un curso natural en el que a menudo aparecen complicaciones. Los más frecuentes son síntomas depresivos, que muchas veces cumplen los criterios de depresión mayor, temores hipocondríacos, consumo de alcohol o sedantes y problemas de pareja, familiares o laborales.¹

Tratamiento del trastorno de Pánico

Las guías para el tratamiento de los pacientes con trastorno de pánico, editada por la American Psychiatric Association en mayo de 1998,¹² proponen respetar los principios terapéuticos básicos siguientes:

- Realizar una evaluación diagnóstica prolija.
- Evaluar la modalidad singular que adquiere el cuadro clínico en ese paciente.
- Evaluar el tipo y el grado de deterioro funcional en cada caso.
- Establecer una alianza terapéutica eficaz.
- Controlar el estado psiquiátrico del paciente.

- Educar al paciente acerca del trastorno, y en los casos necesarios a su familia.
- Trabajar con los médicos no psiquiatras involucrados en el caso.
- Realzar el valor de cumplir el tratamiento.
- Trabajar con el paciente para que aprenda a detectar los síntomas tempranos de recaídas.

Tratamiento farmacológico

Las intervenciones farmacológicas fueron útiles en el tratamiento del trastorno de pánico durante los últimos 35 años. Si bien la mayoría de los estudios se dirigieron a comprobar la eficacia de los medicamentos para detener los ataques de pánico o reducir su frecuencia, las intervenciones farmacológicas son muy efectivas también sobre la ansiedad anticipatoria, la evitación fóbica, la depresión asociada, el funcionamiento global y la calidad de vida de los pacientes con pánico.^{1, 16,17}

En los casos típicos se nota una reducción sustancial de los ataques de pánico luego de las primeras dos a cuatro semanas de tratamiento. El efecto no puede ser completo hasta las 8 semanas de tratamiento. La ansiedad anticipatoria por lo general responde luego de que se reducen los ataques de pánico y lo último que se modifica es la evitación fóbica.^{16,18}

Por razones que se comprenden luego de examinar la fisiopatología del trastorno de pánico se demostró la utilidad de varias familias farmacológicas y, lo mas importante, distintos cuadros de pánico se muestran en especial sensibles o refractarios ante determinados fármacos, por lo que un ensayo terapéutico fallido está lejos de significar resistencia al tratamiento.^{1,16}

Antidepresivos

Se demostró que todos los antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) son eficaces en el tratamiento del trastorno de pánico. Sin embargo no todos los ISRS generan exactamente los mismos efectos y es conveniente aprovechar las características particulares de cada uno de ellos en el momento de la elección. En todos los casos es recomendable iniciar el tratamiento con dosis menores, alrededor del 50% de las utilizadas en la depresión y aumentarlas en forma gradual hasta conseguir los mejores efectos.^{16,19}

Desde 1964, se conocen los efectos terapéuticos de la Imipramina sobre el trastorno de pánico. Desde entonces se utilizaron diferentes tricíclicos con buenos resultados, en especial imipramina, amitriptilina y clomipramina.^{20,21}

Se demostró la utilidad de los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) y en estudios anecdóticos se comunicó su mejor indicación cuando el trastorno de pánico se asocia con agorafobia.^{19,22}

Asimismo se comprobó que la venlafaxina aporta una eficacia comparable a la de los antidepresivos más utilizados en el tratamiento del trastorno de pánico, y en un estudio clínico reciente se observó que es equivalente a la paroxetina.¹⁹

Benzodiazepinas

Se demostró que las benzodiazepinas (BDZ) son eficaces en el tratamiento de los ataques de pánico y la ansiedad anticipatoria. Se estudiaron en especial las BDZ de alta potencia (alprazolam y clonazepam), que se observó que tiene una eficacia equivalente.²³

Psicoterapia

Los tratamientos psicoterapéuticos mejor estudiados hasta el presente fueron las terapias cognitivo - conductuales (TCC). Otras formas de psicoterapias se utilizaron y se utilizan para los pacientes con trastorno de pánico, pero sus resultados se probaron con mucho menor medida. ^{1,20}

En esta terapia se apunta a los síntomas y se obtiene un rápido comienzo de acción y beneficios en el mantenimiento a largo plazo. Se hace hincapié en la psicoeducación, el control continuo de la crisis de pánico, el entrenamiento respiratorio, la reestructuración cognitiva para corregir la interpretación catastrófica de las sensaciones corporales y, por último, la exposición a las señales temidas. ^{3,20}

Problema

¿Cuál es la frecuencia de presentación de crisis de pánico en estudiantes de 2do. a 5to. año de la carrera de Medicina de la Universidad Abierta Interamericana de la ciudad de Rosario, correspondiente al ciclo lectivo 2008?

Objetivos

Objetivo general:

Conocer la frecuencia de crisis de pánico presente en estudiantes de la carrera de Medicina de la Universidad Abierta Interamericana, sede Regional Rosario.

Objetivos específicos:

1. Analizar las características generales de la población en estudio (sexo, edad, año de carrera).
2. Conocer la frecuencia de presentación de los distintos síntomas de pánico que pudieran conformar una crisis.
3. Investigar si la existencia de las crisis de pánico se relacionan al año de cursado de la carrera de Medicina.

Material y métodos

Se llevó adelante un estudio de tipo descriptivo en base a los datos aportados por una encuesta realizada a un grupo de estudiantes de la carrera de Medicina de la Universidad Abierta Interamericana, sede Regional Rosario, durante el periodo comprendido entre el 1º de marzo y el 30 de mayo de 2008.

La muestra quedó conformada por un total de 109 alumnos que cursan del 2do. al 5to. año de la carrera de Medicina.

El instrumento de recolección de datos consistió en una encuesta elaborada para tal fin, de carácter anónimo, confeccionada con preguntas abiertas y cerradas (dicotómicas). Ver anexo.

La encuesta fue autocompletada por los alumnos, durante el horario habitual del cursado en el ámbito universitario.

Se analizaron las siguientes variables:

- Sexo: femenino o masculino.
- Edad: en años cumplidos al momento de la encuesta.
- Año de la carrera: que cursa durante el ciclo lectivo 2008.
- Estudios universitarios previos: sí o no.
- Actividad laboral: si en la actualidad trabaja o no lo hace.
- Crisis de pánico:
 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 o no.
 2. ¿Realizó algún cambio significativo en su comportamiento o conducta debido al padecimiento de estas crisis?: sí o no.

3. ¿Presentó inquietud o ansiedad persistente por la posibilidad de sufrir nuevamente estas crisis?: sí o no.

4. ¿Puede relacionar la presencia de alguno de estos síntomas luego o durante el consumo de drogas? (cocaína, marihuana, LSD, etc.): sí o no.

En caso de responder afirmativamente alguna de las primeras 3 preguntas o negativamente la última pregunta, se consideró como positivo el padecimiento de un trastorno de pánico. ⁷

• Síntomas de pánico que conforman las crisis de pánico, experimentadas durante el transcurso de los estudios universitarios:

- Palpitaciones o taquicardia o aumento de la frecuencia cardiaca
- Sudoración
- Temblores o sacudidas musculares
- Sensación de ahogo o falta de aliento / aire
- Sensación de atragantamiento o "nudo en la garganta"
- Opresión en el pecho o malestar torácico
- Nauseas (ganas de vomitar) o molestias abdominales
- Inestabilidad, mareos, desmayo
- Sensación de irrealidad o de estar separado de sí mismo
- Miedo a perder el control o volverse loco
- Miedo a morir
- Hormigueos o sensación de entumecimiento en los miembros superiores o inferiores.
- Escalofríos o sofocaciones

Estos 13 síntomas son los definidos por el DSM IV, ordenados según frecuencia estadística aparición, para el diagnóstico de una crisis de pánico. ⁵

En caso de responder afirmativamente 4 de los síntomas, que coincidan en el tiempo, enumerados se consideró como positivo el padecimiento de una crisis de pánico. Si fueron menos de 4 respuestas afirmativas se consideró como factible el padecimiento de las llamadas crisis de síntomas limitados.⁷

- Factores que podrían influenciar la aparición de las crisis de pánico: identificando factores tales como un examen, una noticia, una situación estresante u otras.
- Lugar en que se encontraba al momento de padecer los síntomas: en su casa, en la calle, en la facultad, en algún medio de transporte, en su medio laboral, otros.
- Momento del día en que se presentaron la o las crisis: al levantarse, durante el transcurso del día, antes de dormir, mientras dormía, otros.
- Reacción frente a las crisis: consultó al médico al instante, tomó alguna medicación, trató de distraerse, trató de relajarse, otro.

Los datos obtenidos se volcaron en una base de datos de Microsoft Excel. Los datos se tabularon para su presentación (ver anexo). Para su análisis se confeccionaron tablas y gráficos, se utilizaron medidas de resumen de tendencia central (media aritmética, mediana, modo) y técnicas estadísticas descriptivas (distribuciones de frecuencias, promedios, porcentajes).

Resultados

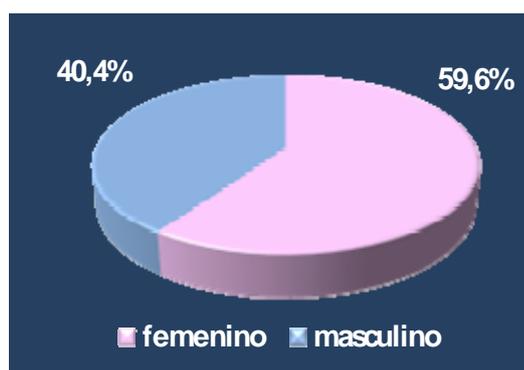
Sexo:

Tabla 1: distribución de las frecuencias absolutas y relativas del sexo de la población encuestada.

Sexo		
	f	%
femenino	65	59,6%
masculino	44	40,4%
Total	109	

Del total de la población de alumnos encuestados (n=109), el 59,6% corresponde al sexo femenino y el 40,4% al sexo masculino.

Gráfico 1: distribución de las frecuencias relativas del sexo de la población encuestada.



Edad:

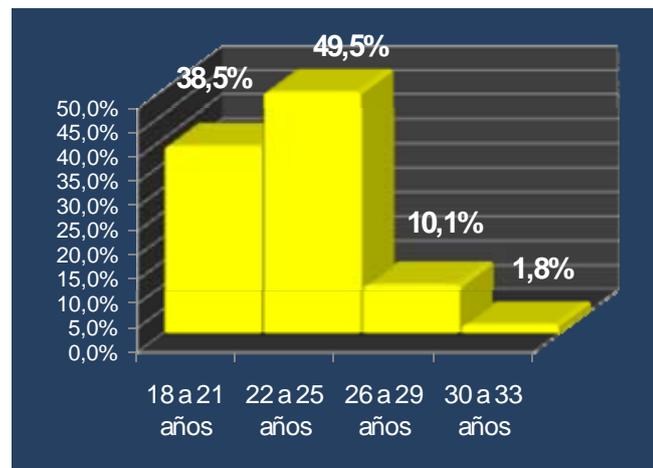
La población presenta una edad promedio de 22,3 años, con una mediana de 22 años y un modo de 22 años.

Tabla 2: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la edad de la población encuestada.

Edad		
	f	%
18 a 21 años	42	38,5%
22 a 25 años	54	49,5%
26 a 29 años	11	10,1%
30 a 33 años	2	1,8%
Total	109	

El 49,5% corresponde al intervalo de 22 a 25 años; el 38,5% al intervalo de 18 a 21 años; el 10,1% al intervalo de 26 a 29 años y el 1,8% al intervalo de 30 a 33 años.

Gráfico 2: distribución de las frecuencias relativas de la edad de la población encuestada.



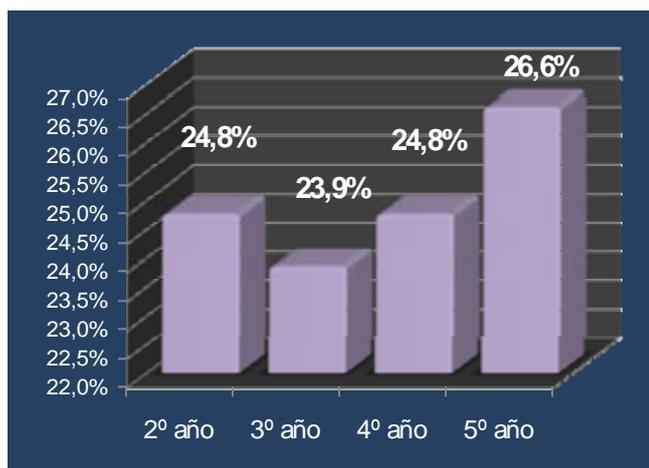
Año de carrera:

Tabla 3: distribución de las frecuencias absolutas y relativas del año de carrera que cursa actualmente la población encuestada.

Año de carrera		
	f	%
2º año	27	24,8%
3º año	26	23,9%
4º año	27	24,8%
5º año	29	26,6%
Total	109	

El 26,6% corresponde a alumnos que cursan actualmente el 5º año de la carrera de Medicina; el 24,8% corresponde a alumnos del 2º año; el 24,8% corresponde a alumnos del 4º año y el 23,9% corresponde a alumnos del 3º año.

Gráfico 3: distribución de las frecuencias relativas del año de carrera que cursa actualmente la población encuestada.



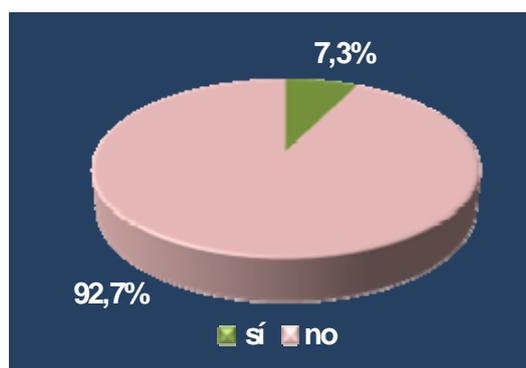
Estudios universitarios previos:

Tabla 4: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de estudios universitarios previos en la población encuestada.

Estudios universitarios previos		
	f	%
sí	8	7,3%
no	101	92,7%
Total	109	

El 92,7% no posee estudios universitarios previos y el 7,3% refiere poseer estudios universitarios previos.

Gráfico 4: distribución de las frecuencias relativas de estudios universitarios previos en la población encuestada.



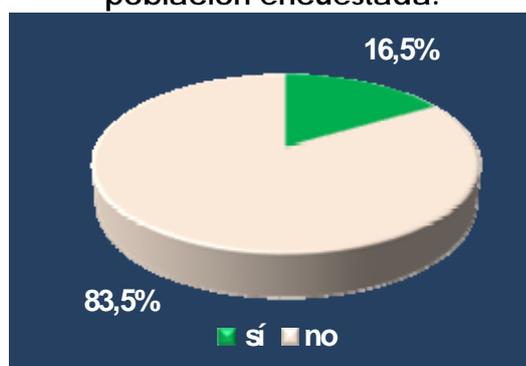
Actividad laboral:

Tabla 5: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la actividad laboral en la población encuestada.

Actividad laboral		
	f	%
sí	18	16,5%
no	91	83,5%
Total	109	

El 83,5% refiere que actualmente no realiza actividad laboral y el 16,5% realiza actualmente actividad laboral.

Gráfico 5: distribución de las frecuencias relativas de la actividad laboral en la población encuestada.



Crisis de pánico:

Tabla 6: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la presencia o ausencia de crisis o ataques de miedo intenso en la población encuestada.

¿Ha tenido crisis o ataques caracterizados por miedo intenso o terror, inesperados o sin motivo aparente, que duraron aprox. entre 10 y 20 minutos?		
	f	%
sí	29	26,6%
no	80	73,4%
Total	109	

El 73,4% de la población refiere no haber padecido crisis o ataques de miedo intenso o terror y el 26,6% refiere haber padecido durante el transcurso de la carrera al menos un episodio de crisis o ataques de miedo intenso o terror, inesperados o sin motivo aparente, que duraron entre 10 y 20 minutos aproximadamente.

Gráfico 6: distribución de las frecuencias relativas de la presencia o ausencia de crisis o ataques de miedo intenso en la población encuestada.

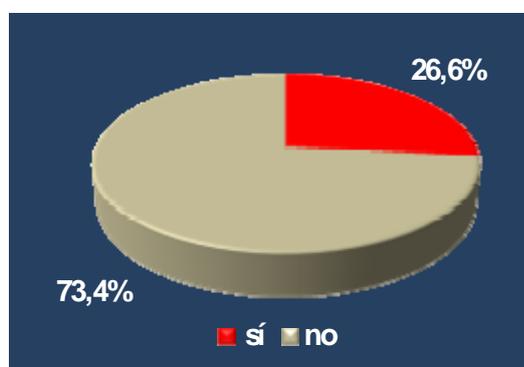


Tabla 7: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la presencia o ausencia de cambios significativos en su comportamiento o conducta debido al padecimiento de la crisis en la población encuestada.

¿Realizó algún cambio significativo en su comportamiento o conducta debido al padecimiento de estas crisis?		
	f	%
sí	10	34,5%
no	19	65,5%
Total	29	

Del total de alumnos que refieren haber padecido durante el transcurso de la carrera al menos un episodio de crisis o ataques de miedo intenso o terror (n=29), el 65,5% niega haber realizado algún cambio significativo en su comportamiento o conducta debido al padecimiento de estas crisis y el 34,5% refiere haber realizado algún cambio significativo.

Gráfico 7: distribución de las frecuencias relativas de la presencia o ausencia de cambios significativos en su comportamiento o conducta debido al padecimiento de la crisis en la población encuestada.

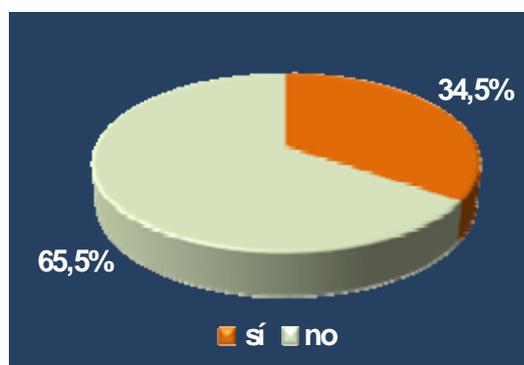


Tabla 8: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la presencia o ausencia de inquietud o ansiedad por la posibilidad de sufrir nuevamente una crisis en la población encuestada.

¿Presentó inquietud o ansiedad persistente por la posibilidad de sufrir nuevamente estas crisis?		
	f	%
sí	10	34,5%
no	19	65,5%
Total	29	

Del total de alumnos que refieren haber padecido durante el transcurso de la carrera al menos un episodio de crisis o ataques de miedo intenso o terror (n=29), el 65,5% niega haber presentado inquietud o ansiedad por la posibilidad de sufrir nuevamente una crisis y el 34,5% refiere haber presentado inquietud o ansiedad.

Gráfico 8: distribución de las frecuencias relativas de la presencia o ausencia de inquietud o ansiedad por la posibilidad de sufrir nuevamente una crisis en la población encuestada.

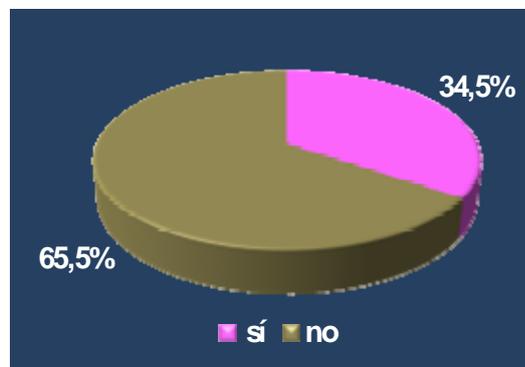
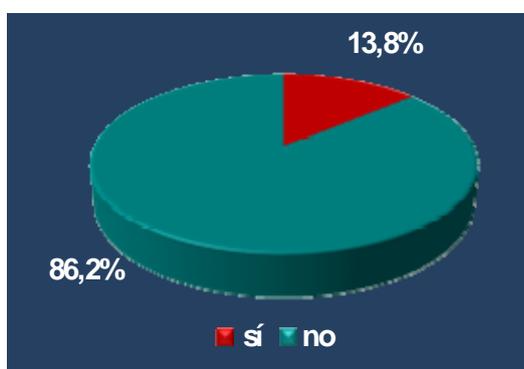


Tabla 9: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la presencia o ausencia de crisis luego o durante el consumo de drogas en la población encuestada.

¿Puede relacionar la presencia de alguno de estos síntomas luego o durante el consumo de drogas?(cocaína, marihuana, LSD, etc.)		
	f	%
sí	4	13,8%
no	25	86,2%
Total	29	

Del total de alumnos que refieren haber padecido durante el transcurso de la carrera al menos un episodio de crisis o ataques de miedo intenso o terror (n=29), el 86,2% refiere no relacionar la presencia de las crisis luego o durante el consumo de drogas y el 13,8% relaciona la crisis al consumo de drogas.

Gráfico 9: distribución de las frecuencias relativas de la presencia o ausencia de crisis luego o durante el consumo de drogas en la población encuestada.



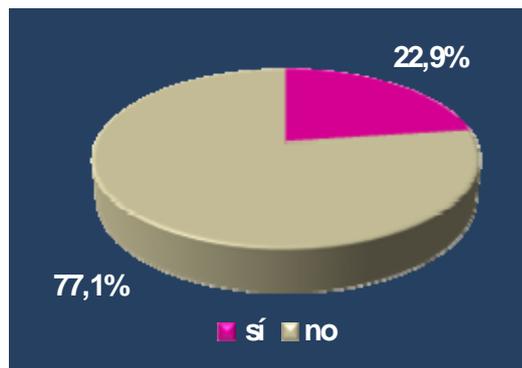
En caso de responder afirmativamente alguna de las primeras 3 preguntas o negativamente la última pregunta, se consideró como positivo el padecimiento de un trastorno de pánico.

Tabla 10: distribución de las frecuencias absolutas y relativas del padecimiento de trastorno de pánico en la población encuestada.

Padecimiento de un trastorno de pánico		
	f	%
sí	25	22,9%
no	84	77,1%
Total	109	

Del total de la población encuestada (n=109), el 77,1% no ha padecido trastorno de pánico durante su carrera y el 22,9% ha padecido un trastorno de pánico.

Gráfico 10: distribución de las frecuencias relativas del padecimiento de trastorno de pánico en la población encuestada.



Síntomas de pánico:

Se interrogó sobre los síntomas de pánico que conforman las crisis de pánico, experimentadas durante el transcurso de los estudios universitarios. Los síntomas fueron los definidos por el DSM IV para el diagnóstico de una crisis de pánico.

En caso de responder afirmativamente 4 de los síntomas, que coincidan en el tiempo, se consideró como positivo el padecimiento de una crisis de pánico. Si fueron menos de 4 respuestas afirmativas se consideró como factible el padecimiento de las llamadas crisis de síntomas limitados.

Tabla 11: distribución de las frecuencias absolutas y relativas del padecimiento de crisis de pánico en la población encuestada.

Padecimiento de crisis de pánico		
	f	%
no padecieron crisis	84	77,1%
padecieron crisis		
crisis de pánico	18	16,5%
crisis de síntomas limitados	7	6,4%
Total población encuestada	109	

Del total de la población encuestada (n=109), el 77,1% no padecieron crisis de pánico y el 22,9% restante padeció algún tipo de crisis de pánico. De los cuales el 16,5% corresponde a crisis de pánico y el 6,4% corresponde a crisis de síntomas limitados.

Gráfico 11: distribución de las frecuencias relativas del padecimiento de crisis de pánico en la población encuestada.

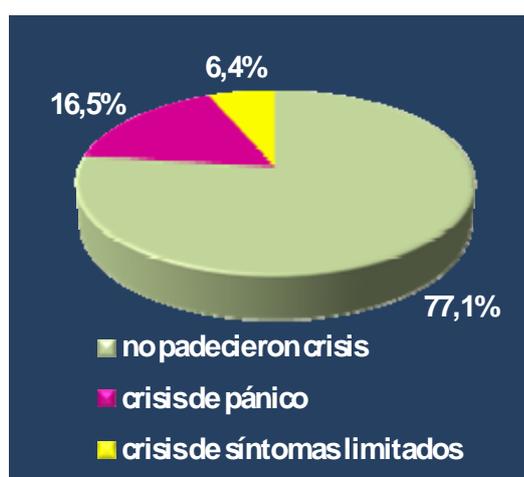


Tabla 12: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de los síntomas de pánico que conformaron las crisis de pánico, experimentadas durante el transcurso de los estudios en la población encuestada.

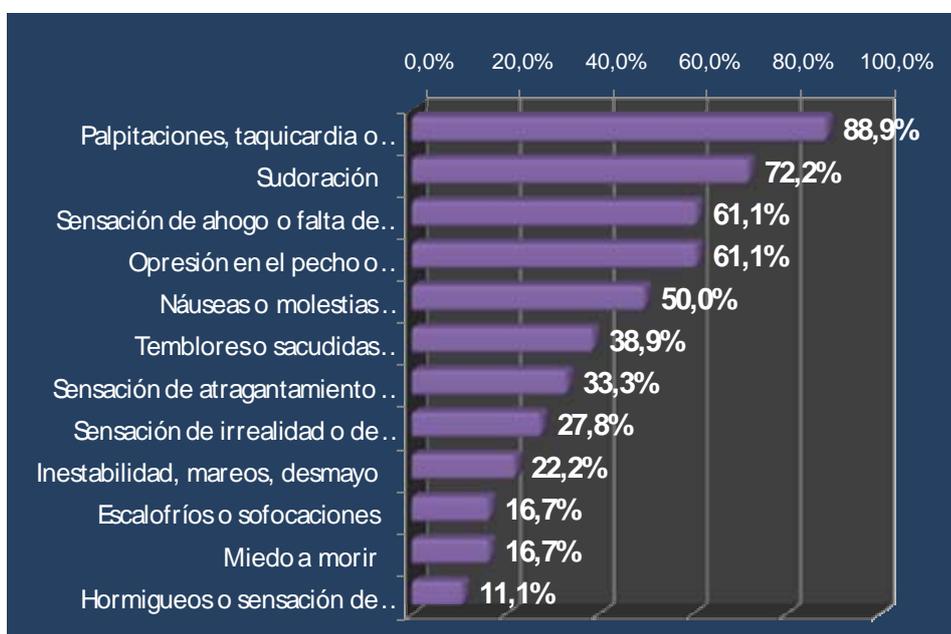
Síntomas de pánico que conformaron las crisis de pánico, experimentadas durante el transcurso de los estudios universitarios				
		f	%	
crisis de pánico (n=18)	Palpitaciones, taquicardia o aumento de la frecuencia cardíaca	16	88,9%	
	Sudoración	13	72,2%	
	Sensación de ahogo o falta de aliento / aire	11	61,1%	
	Opresión en el pecho o malestar torácico	11	61,1%	
	Náuseas o molestias abdominales	9	50,0%	
	Temblores o sacudidas musculares	7	38,9%	
	Sensación de atragantamiento o "nudo en la garganta"	6	33,3%	
	Sensación de irrealidad o de estar separado de sí mismo	5	27,8%	
	Inestabilidad, mareos, desmayo	4	22,2%	
	Escalofríos o sofocaciones	3	16,7%	
	Miedo a morir	3	16,7%	
	Hormigueos o sensación de entumecimiento en los miembros	2	11,1%	
	crisis de síntomas limitados (n=7)	Palpitaciones, taquicardia o aumento de la frecuencia cardíaca	6	85,7%
		Sudoración	6	85,7%
Náuseas o molestias abdominales		3	42,9%	
Sensación de atragantamiento o "nudo en la garganta"		2	28,6%	
Hormigueos o sensación de entumecimiento en los miembros		2	28,6%	

Del total de la población encuestada que refiere síntomas de pánico (n=25), el 72% corresponde a crisis de pánico y el 28% a crisis de síntomas limitados.

Del total de la población con crisis de pánico (n=18), el 88,9% presentó palpitaciones; el 72,2% sudoración; el 61,1% sensación de ahogo; el 61,1% opresión en el pecho o malestar torácico; el 50% náuseas o molestias abdominales; el 38,9%

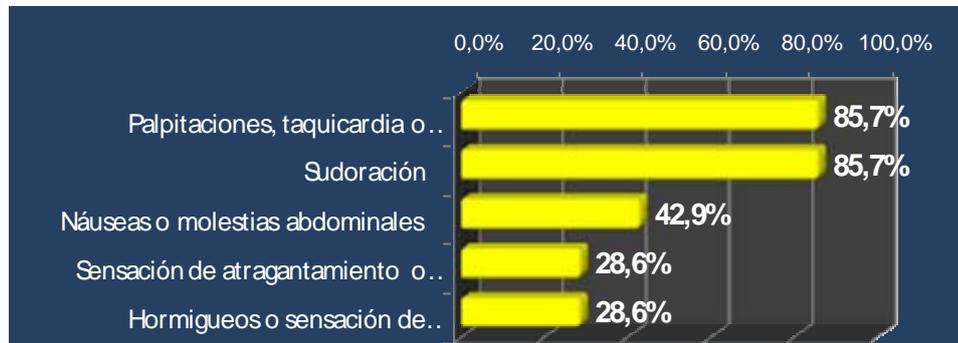
temblores o sacudidas musculares; el 33,3% sensación de atragantamiento o “nudo en la garganta”; el 27,8% sensación de irrealidad o de estar separado de sí mismo; el 22,2% inestabilidad, mareos o desmayos; el 16,7% escalofríos o sofocaciones; el 16,7% miedo a morir y el 11,1% hormigueo o entumecimiento en los miembros.

Gráfico 12: distribución de las frecuencias relativas de los síntomas de pánico que conformaron las crisis de pánico, experimentadas durante el transcurso de los estudios en la población encuestada.



Del total de la población con crisis de síntomas limitados (n=7), el 85,7% presentó palpitaciones; el 85,7% sudoración; el 42,9% náuseas o molestias abdominales; el 28,6% sensación de atragantamiento o “nudo en la garganta” y el 28,6% hormigueo o entumecimiento en los miembros.

Gráfico 13: distribución de las frecuencias relativas de los síntomas de pánico que conformaron las crisis de síntomas limitados, experimentadas durante el transcurso de los estudios en la población encuestada.



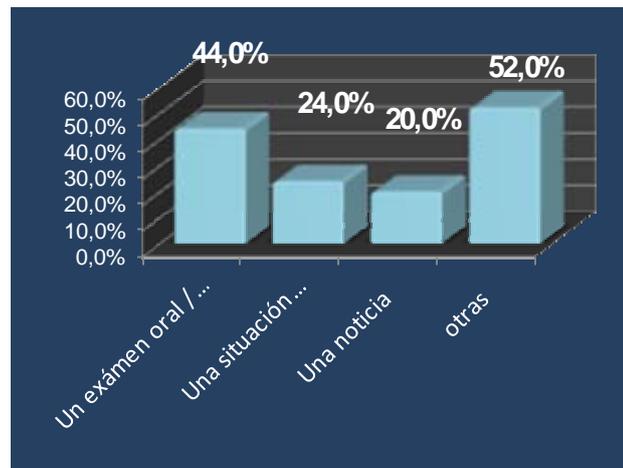
Factores que podrían influenciar la aparición de las crisis de pánico:

Tabla 13: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de los factores que podrían influenciar la aparición de las crisis de pánico en la población encuestada.

Factores que podrían influenciar la aparición de las crisis de pánico		
	f	%
Un examen oral / escrito	11	44,0%
Una situación estresante	6	24,0%
Una noticia	5	20,0%
otras	13	52,0%

Del total de la población que refiere algún tipo de crisis de pánico (n=25), el 44% identifica al examen oral/escrito como un factor que puede influenciar la aparición de las crisis; el 24% identifica a las situaciones estresantes; el 20% a ciertas noticia y el 52% a otros factores.

Gráfico 14: distribución de las frecuencias relativas de los factores que podrían influenciar la aparición de las crisis de pánico en la población encuestada.



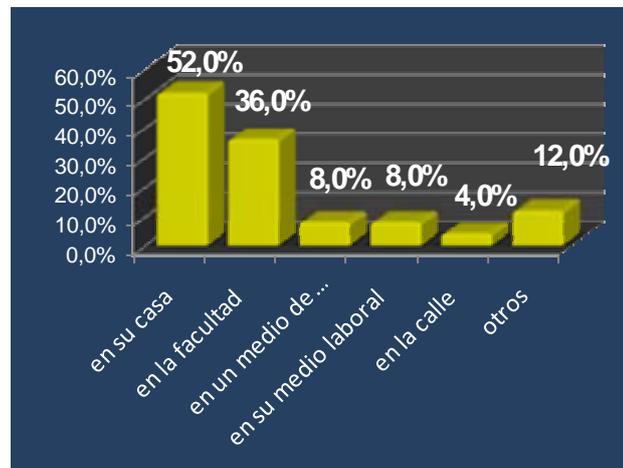
Lugar en el que se encontraba durante la aparición de las crisis de pánico:

Tabla 14: distribución de las frecuencias absolutas y relativas del lugar donde se encontraba durante la aparición de las crisis de pánico en la población encuestada.

Lugar en que se encontraba al momento de padecer los síntomas		
	f	%
en su casa	13	52,0%
en la facultad	9	36,0%
en un medio de transporte	2	8,0%
en su medio laboral	2	8,0%
en la calle	1	4,0%
otros	3	12,0%

Del total de la población que refiere algún tipo de crisis de pánico (n=25), el 52% refiere haberse encontrado en su casa durante la aparición de las crisis; el 36% en la facultad; el 8% en un medio de transporte; el 8% en su medio laboral; el 4% en la calle y el 12% en otros lugares.

Gráfico 15: distribución de las frecuencias relativas del lugar donde se encontraba durante la aparición de las crisis de pánico en la población encuestada.



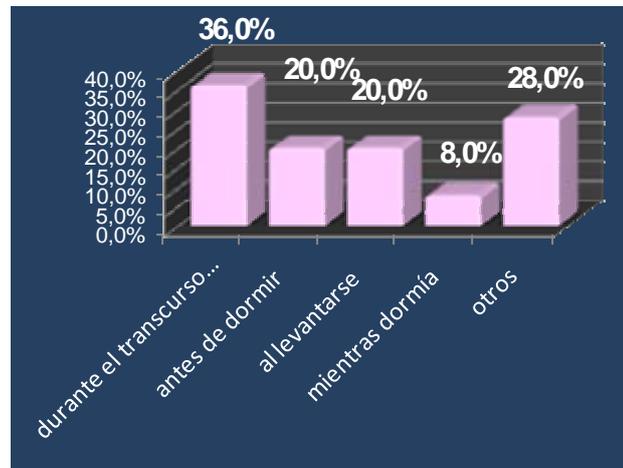
Momento del día en que se presentaron las crisis de pánico:

Tabla 15: distribución de las frecuencias absolutas y relativas del momento del día en que se presentaron las crisis de pánico en la población encuestada.

Momento del día en que se presentó la crisis		
	f	%
durante el transcurso del día	9	36,0%
antes de dormir	5	20,0%
al levantarse	5	20,0%
mientras dormía	2	8,0%
otros	7	28,0%

Del total de la población que refiere algún tipo de crisis de pánico (n=25), el 36% refiere que las crisis de pánico se presentaron durante el transcurso del día; el 20% antes de dormir; el 20% al levantarse; el 8% mientras dormía y el 28% durante otro momento.

Gráfico 16: distribución de las frecuencias relativas del momento del día en que se presentaron las crisis de pánico en la población encuestada.



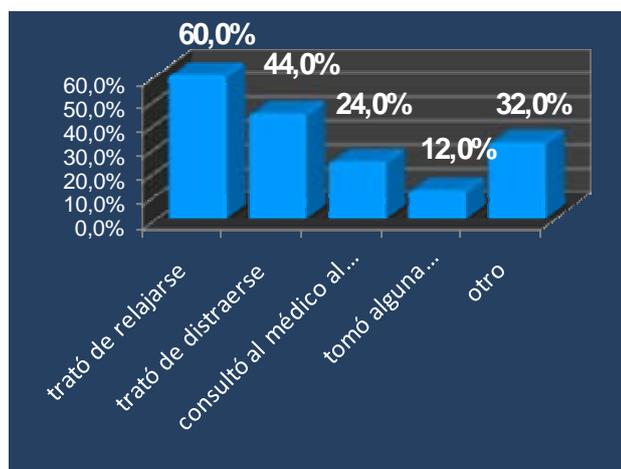
Reacción frente a las crisis de pánico:

Tabla 16: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la reacción frente a las crisis de pánico en la población encuestada.

Reacción frente a la crisis		
	f	%
trató de relajarse	15	60,0%
trató de distraerse	11	44,0%
consultó al médico al instante	6	24,0%
tomó alguna medicación	3	12,0%
otro	8	32,0%

Del total de la población que refiere algún tipo de crisis de pánico (n=25), el 60% refiere que frente a la aparición de las crisis de pánico trató de relajarse; el 44% que trató de distraerse; el 24% que consultó al médico al instante; el 12% que tomó alguna medicación y el 32% que tuvo otro tipo de reacción.

Gráfico 17: distribución de las frecuencias relativas de la reacción frente a las crisis de pánico en la población encuestada.



Crisis de pánico y sexo:

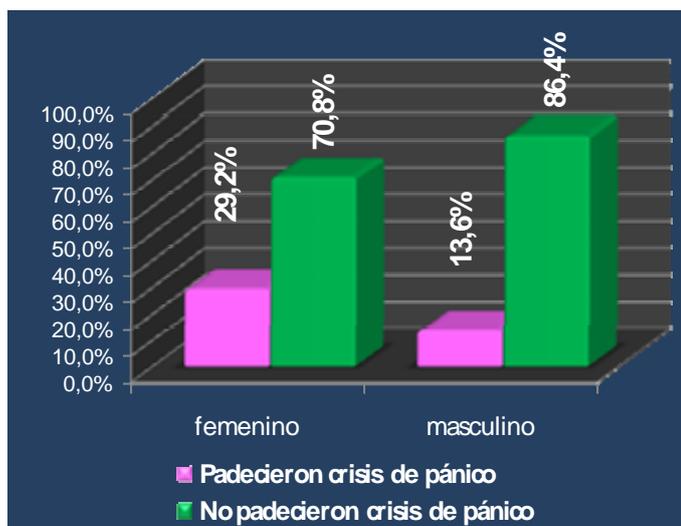
Tabla 17: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la aparición de crisis de pánico en relación al sexo de la población encuestada.

Padecimiento de crisis de pánico y sexo					
	Padecieron crisis de pánico		No padecieron crisis de pánico		Total
	f	%	f	%	
femenino	19	29,2%	46	70,8%	65
masculino	6	13,6%	38	86,4%	44

Del total de la población encuestada de sexo femenino (n=65), el 70,8% no padeció crisis de pánico y el 29,2% padeció crisis de pánico.

Del total de la población encuestada de sexo masculino (n=44), el 86,4% no padeció crisis de pánico y el 13,6% padeció crisis de pánico.

Gráfico 18: distribución de las frecuencias relativas de la aparición de crisis de pánico en relación al sexo de la población encuestada.



Crisis de pánico y edad:

Tabla 18: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la aparición de crisis de pánico en relación a la edad de la población encuestada.

Padecimiento de crisis de pánico y edad					
	Padecieron crisis de pánico		No padecieron crisis de pánico		Total
	f	%	f	%	
18 a 21 años	13	31,0%	29	69,0%	42
22 a 25 años	8	14,8%	46	85,2%	54
26 a 29 años	4	36,4%	7	63,6%	11
30 a 33 años	0	0,0%	2	100,0%	2

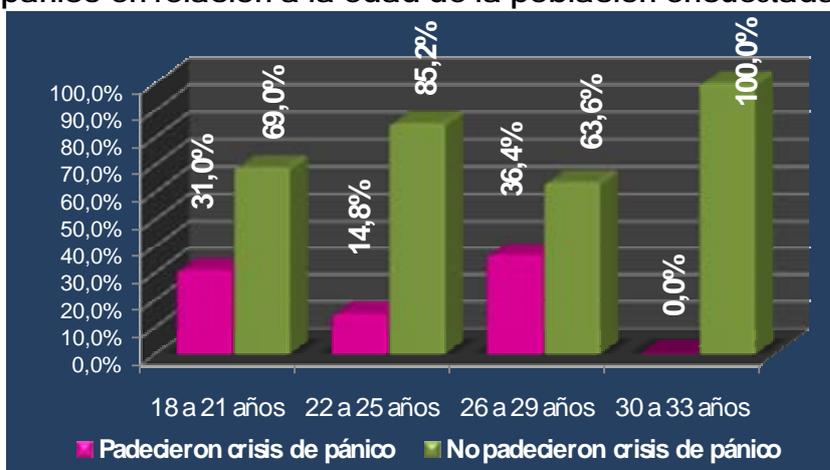
Del total de la población encuestada que corresponde al intervalo de 18 a 21 años (n=42), el 69% no padeció crisis de pánico y el 31% padeció crisis de pánico.

Del total de la población encuestada que corresponde al intervalo de 22 a 25 años (n=54), el 85,2% no padeció crisis de pánico y el 14,8% padeció crisis de pánico.

Del total de la población encuestada que corresponde al intervalo de 26 a 29 años (n=11), el 63,6% no padeció crisis de pánico y el 36,4% padeció crisis de pánico.

El total (100%) de la población encuestada que corresponde al intervalo de 30 a 33 años (n=2) no padeció crisis de pánico.

Gráfico 19: distribución de las frecuencias relativas de la aparición de crisis de pánico en relación a la edad de la población encuestada.



Crisis de pánico y año de carrera:

Tabla 19: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la aparición de crisis de pánico en relación al año de carrera de la población encuestada.

Padecimiento de crisis de pánico y año de carrera					
	Padecieron crisis de pánico		No padecieron crisis de pánico		Total
	f	%	f	%	
2º año	8	29,6%	19	70,4%	27
3º año	5	19,2%	21	80,8%	26
4º año	7	25,9%	20	74,1%	27
5º año	5	17,2%	24	82,8%	29

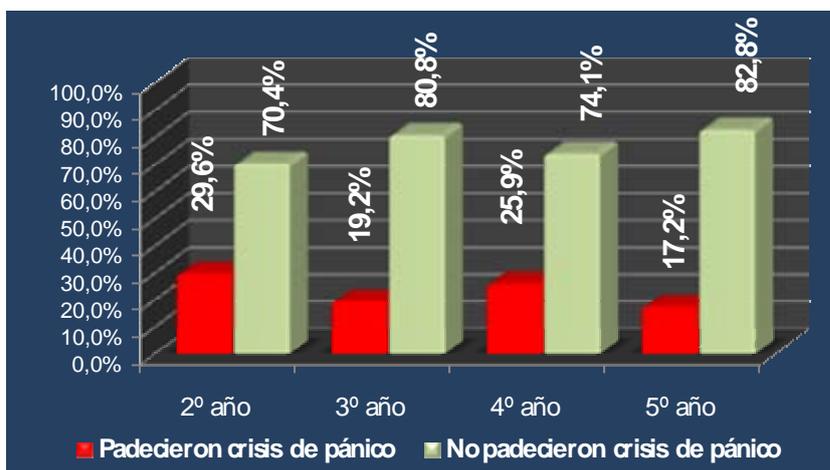
Del total de la población encuestada que actualmente cursa el 2º año de la carrera de medicina (n=27), el 70,4% no padeció crisis de pánico y el 29,6% padeció crisis de pánico.

Del total de la población encuestada que actualmente cursa el 3º año de la carrera de medicina (n=26), el 80,8% no padeció crisis de pánico y el 19,2% padeció crisis de pánico.

Del total de la población encuestada que actualmente cursa el 4º año de la carrera de medicina (n=27), el 74,1% no padeció crisis de pánico y el 25,9% padeció crisis de pánico.

Del total de la población encuestada que actualmente cursa el 5º año de la carrera de medicina (n=29), el 82,8% no padeció crisis de pánico y el 17,2% padeció crisis de pánico.

Gráfico 20: distribución de las frecuencias relativas de la aparición de crisis de pánico en relación al año de carrera de la población encuestada.



Discusión

Del total de alumnos encuestados en el presente trabajo (65 de sexo femenino y 44 de sexo masculino), el 26,6 % refirió haber padecido durante el transcurso de la carrera al menos un episodio de crisis de pánico. De éstos el 13,8% relaciona las crisis al consumo de drogas, por lo tanto la población que padeció una crisis de pánico se reduce al 22,9 % (25 alumnos).

Las crisis de pánico fueron en el 72% completas (representadas por más de 4 síntomas) y en el 28% 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, donde de 102 estudiantes de medicina encuestados, el 69% (70 alumnos) presentaron síntomas coincidentes con crisis de ataque de pánico, correspondiendo el 48% (34 alumnos) a criterios coincidentes con crisis típicas de pánico y el 52% restante (36 alumnos) a crisis incompletas o atípicas.⁶

Las crisis de pánico se presentaron en 19 alumnos de sexo femenino y 6 de sexo masculino. Lo que expresa una relación 3:1 femenino/masculino. En cuanto a la edad de los alumnos que padecieron crisis de pánico la misma se encuentra entre los 18 y 29 años.

Los datos expuestos anteriormente coinciden con la bibliografía consultada, la cual expresa la presencia de síntomas a partir de los 20 años y una mayor frecuencia en mujeres.^{1,3,4,7}

Los síntomas más frecuentes que conformaron las crisis de pánico completas fueron palpitations y taquicardia, sudoración, sensación de ahogo y opresión en el

pecho, 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.^{5,7}

La mayor cantidad de síntomas somáticos hace que los pacientes acudan a guardias médicas por sus síntomas repentinos y abrumadores o que las primeras consultas sean con clínicos, cardiólogos, neurólogos, entre otros, desestimando de esta manera la atención psiquiátrica.^{1,7} Del total de los alumnos que padecieron crisis de pánico en nuestro estudio, sólo el 24% refirió haber consultado al médico luego de producirse las crisis.

Cabe destacar, que según la bibliografía consultada, en algunas oportunidades es posible identificar una fuente de estrés importante en un tiempo relativamente cercano a la primera crisis o ataque de pánico.^{1,4,9} En el presente estudio, en lo que respecta a los factores que podrían influenciar la aparición de las crisis de pánico: el 44% de los alumnos que padecieron crisis de pánico, identificó tales síntomas con un examen oral / escrito, el 24% lo atribuye a otras situaciones estresantes, el 20% a ciertas noticias y 52% restante a otros factores.

Del total de la población que refiere algún tipo de crisis de pánico, el 52% refiere haberse encontrado en su casa durante la aparición de la crisis; el 36% en la facultad; el 8% en algún medio de transporte, el 8% en su medio laboral, el 4% en la calle y el 12% en otros lugares. La bibliografía consultada establece que alrededor de un tercio de los ataques de pánico se presenta por primera vez en lugares públicos; alrededor de un cuarto se inicia en algún medio de transporte y un tercio debuta en la casa.^{2,9}

De la comparación con el estudio realizado en la Facultad de Medicina de Corrientes ⁶, se destaca que en el mismo los síntomas recabados mediante la encuesta pueden corresponder a diferentes situaciones fisiológicas o patológicas sin ninguna relación con las crisis de pánico, debido a que en la misma sólo se tomó en cuenta si los alumnos presentaron alguna vez episodios repentinos con dos o más síntomas coincidentes con pánico, no valorando que dichos síntomas deben ser acompañados por episodios de crisis o ataques de miedo intenso o terror cuya duración no supera los 20 minutos aproximadamente ^{1,5}. Así mismo no se ha relacionado la vivencia de los síntomas pánicos con el posible consumo de drogas.^{7,9}

A través del análisis del trabajo realizado en la ciudad de Corrientes y teniendo en cuenta los criterios diagnósticos del DSM IV ^{5,6}; en la encuesta realizada a los alumnos estudiantes de medicina de la Universidad Abierta Interamericana de la ciudad de Rosario, se tomó en cuenta la presencia de episodios de miedo intenso o terror que duraron aproximadamente entre 10 a 20 min. mas la presencia de al menos 4 síntomas coincidentes con crisis de pánico, a la hora de valorar la presencia o no de crisis de pánico, sin caer en la confusión de que tales síntomas sean producidos por situaciones fisiológicas aisladas.

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.

La mayor frecuencia de las crisis de pánico se registró en los alumnos cuyas edades oscilaban entre los 18 a 29 años. Pudiendo detectarse que dichas crisis disminuían a medida que aumentaba la edad de los alumnos encuestados.

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 el aumento de las crisis a medida que aumentaban los años de estudio, como se suponía previamente debido a la importante fuente de estrés que implica estar cerca de la culminación de dichos estudios. La frecuencia de las crisis se registró de manera no uniforme en los diferentes años de la carrera; correspondiendo un 29,6% para segundo año, un 25,9% para cuarto año, 19,2% para tercer año y un 17,2% para quinto año.

Entre los alumnos que refirieron haber padecido crisis de pánico, el mayor porcentaje correspondió al sexo femenino, con una relación 3:1 femenino/masculino.

Del total de la población que presentó crisis de pánico el 44% relacionó dichas crisis con un examen oral o escrito, el 52% mencionó que se encontraba en su casa, y un 60% reveló que frente al padecimiento de las mismas sólo trató de relajarse.

Bibliografía

- 1- Marchant Néstor, Monchablon Espinoza Alberto. Tratado de Psiquiatría de la Asociación Argentina de Psiquiatras. Buenos Aires, Editorial Grupo Guía S. A.; 2005: 235-249.
- 2- Tratado de psiquiatría, Vol. 2 Cap. 80; Saiz RJ, Braquehais D, Ibañez AQ. “Trastorno de pánico” ; Barcelona 2005
- 3- Tratado de Actualización en Psiquiatría, Capítulo XVI, Trastornos de la ansiedad (parte 1) Autora: Dra. Andrea Silvana Rosso; Director y Editor: Dr. Juan Cristóbal Tenconi. Buenos Aires, Editorial Sciens, octubre 2007: 9-18.
- 4- Kaplan H, Sadock B. Tratado de Psiquiatría. 4° ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1997: vol 2.
- 5- Pierre Pichot, Juan J. López-Ibor Aliño, Manuel Valdés Miyar; DSM IV, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, American Psychiatric Association. Barcelona: Editorial Masson; 2000:401-440
- 6- 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.
- 7- Dr. Alfredo H. Cía, “La ansiedad y sus trastornos”; Manual diagnóstico y terapéutico, Edición de gentileza de laboratorios ROCHE, Bs As 2002

- 8- Barlow, D; Craske, M.G (2006) "Behavioral treatment of panic disorder".
Behavior therapy 20:82-261
- 9- Cia A.H. (1999): Estrategias para superar el Panico y la Agorafobia. Cap. 2 Ed.
El Ateneo, Buenos Aires.
- 10-Lopez Ibor JJ "La angustia vital". Paz Montalvo, Madrid 1969
- 11-Ayuso JL. Trastornos de angustia. Martinez Roca, Barcelona, 1998
- 12-American Psychiatric Association (APA) (2001) Diagnostic and statistical
manual of mental disorders 4^o Ed.
- 13-Clasificación internacional de enfermedades (OMS) CIE 10 "Descripciones
clínicas y Pautas para el diagnóstico", Ed. Española. Ed. JJ Lopez Ibor,
Meditor, Madrid, España.
- 14-Monnier J, Lydiard RB, Brawman –Mintzer O. "Anxiety disorders" Cap. 70 Ed.
Vol. 2, 2005
- 15-Márquez M. "Ansiedad normal, ansiedad patológica, y trastorno de pánico"
Actualizaciones en Psiquiatría. Asociación Argentina de Psiquiatras (AAP)
año 2001.
- 16-Psicofarmacología psicodinámica III. Nuevos enfoques Clínicos -
Terapéuticos. Julio Moizeszowicz. Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina.
Primera Reimpresión, 1996; Pág. 253

- 17-Hernan, J; Rosebaum, J; Brotman, A; (1987) "the alprazolam to clonazepam switch for the treatment of panic disorder". J. Clin Psychopharmacol. 7:175-178.
- 18-Katon, W. (1989) "Panic disorder in the medical setting (DHHS Publication No. Adm-89-1629) Washington, DC: National Institute of Mental Health, US Government Printing Office.
- 19-Katon, W. Y Roy Burne P.P. (1998) "Antidepressants in the medically ill: Diagnosis treatment in primary care", en Clinical Chemistry,34:829-836.
- 20-Mavisakalian M. "Tratamiento comportamental y Farmacológico combinado de los trastornos de ansiedad" Anxia (2000) 1:3-12.
- 21-Barlow, D; Craske, M.G (2006) "Behavioral treatment of panic disorder". Behavior therapy 20:82-261
- 22-Klein D. Y Fink M. "Psychiatric reaction patterns to imipramine". American Journal of Psychiatry (1962) 119:432-438.
- 23-Cia, A.H., Liceaga, R y Flichman, A. (1999) "clonazepam Vs. Alprazolam en el Trastorno de Pánico con Agorafobia".Rev. Neuropsicofarmacológica Arg. 23: 5-12.

Bibliografía consultada

BREMNER, JD. Does stress damage the brain? W W Norton, New York, 2002

GUTIÉRREZ MALDONADO, José y ARBEI SANCHEZ, Julio. “Alexitimia y amplificación somatosensorial en el trastorno de pánico y en el trastorno de ansiedad generalizada”. Universidad de Barcelona. Disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/3058.pdf>.

GALLI SILVA, Enrique; FEIJOO LLONTOP, Luis; ROIG ROJAS, Ingrid *et al.* Aplicación del "MINI" como orientación diagnóstica psiquiátrica en estudiantes de medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia: informe preliminar epidemiológico. *Rev Med Hered.* [online]. ene. 2002, vol.13, no.1 [citado 04 Junio 2008], p.19-25. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018130X2002000100004&lng=es&nrm=iso. ISSN 1018-130X

Anexos

Anexo 1:

Encuesta

Sexo:

Edad:

Año de la carrera que cursa:

Estudios universitarios previos:

Actividad laboral:

1-¿Ha tenido crisis o ataques caracterizados por miedo intenso o terror, inesperados o sin motivo aparente, que duraron aprox. 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 cardiaca
- B Sudoración
- C Temblores o sacudidas musculares
- D Sensación de ahogo o falta de aliento / aire
- E Sensación de atragantamiento o "nudo en la garganta"
- F Opresión en el pecho o malestar torácico
- G Nauseas (ganas de vomitar) o molestias abdominales
- H Inestabilidad, mareos, desmayo
- I Sensación de irrealidad o de estar separado de sí mismo
- J Miedo a perder el control o volverse loco
- K Miedo a morir
- L Hormigueos o sensación de entumecimiento en los miembros sup. o inf.
- M Escalofríos o sofocaciones

<input type="checkbox"/>	sí	<input type="checkbox"/>	no
<input type="checkbox"/>	sí	<input type="checkbox"/>	no
<input type="checkbox"/>	sí	<input type="checkbox"/>	no
<input type="checkbox"/>	sí	<input type="checkbox"/>	no
<input type="checkbox"/>	sí	<input type="checkbox"/>	no
<input type="checkbox"/>	sí	<input type="checkbox"/>	no
<input type="checkbox"/>	sí	<input type="checkbox"/>	no
<input type="checkbox"/>	sí	<input type="checkbox"/>	no
<input type="checkbox"/>	sí	<input type="checkbox"/>	no
<input type="checkbox"/>	sí	<input type="checkbox"/>	no
<input type="checkbox"/>	sí	<input type="checkbox"/>	no
<input type="checkbox"/>	sí	<input type="checkbox"/>	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- ¿Que hizo al respecto para tratar de disipar o calmar estas crisis?:

- a- Consultó al médico al instante
- b- Tomó alguna medicación
- c- Trató de distraerse
- d- Trató de relajarse
- e- Otro

<input type="checkbox"/>	sí	<input type="checkbox"/>	no
<input type="checkbox"/>	sí	<input type="checkbox"/>	no
<input type="checkbox"/>	sí	<input type="checkbox"/>	no
<input type="checkbox"/>	sí	<input type="checkbox"/>	no
<input type="checkbox"/>	sí	<input type="checkbox"/>	no

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

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

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

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

7- ¿Relacionó dicho padecimiento con alguna situación determinada?

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

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

- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> sí | <input type="checkbox"/> no |
|-----------------------------|-----------------------------|

Anexo 2: Tabulación de los datos

- 3- Si padeció los síntomas descritos anteriormente responda lo siguiente:** **A-** ¿Presentó inquietud o ansiedad persistente por la posibilidad de sufrir nuevamente estas crisis?, **B-** ¿Realizó algún cambio significativo en su comportamiento o conducta debido al padecimiento de estas crisis?
- 4- ¿Que hizo al respecto para tratar de disipar o calmar estas crisis?:** **a-** Consultó al médico al instante, **b-** Tomó alguna medicación, **c-**Trató de distraerse, **d-** Trató de relajarse, **e-** otros
- 5- ¿Recuerda en qué momento del día se encontraba cuando experimentó alguna de estas crisis?:** **a-** al levantarse, **b-**durante el transcurso del día, **c-** antes de dormir, **d-** mientras dormía, **e-**otros
- 6- ¿Recuerda en qué lugar se encontraba cuando sufrió dichas crisis?:** **a-**en su casa, **b-**en la calle, **c-**en la facultad, **d-**en algún medio de transporte, **e-**en su medio laboral, **f-**otros
- 7- ¿Relacionó dicho padecimiento con alguna situación determinada?:** **a-**un examen oral/ escrito, **b-**una noticia, **c-**una situación estresante, **d-**otras
- 8- ¿Puede relacionar la presencia de alguno de estos síntomas luego o durante el consumo de drogas? (cocaína, marihuana, LSD, etc.)**