

CUESTIONARIO DE PÁNICO Y AGORAFOBIA (CPA): CARACTERÍSTICAS DE LOS ATAQUES DE PÁNICO NO CLÍNICOS

BONIFACIO SANDÍN, PALOMA CHOROT, ROSA M. VALIENTE,
CARMEN SÁNCHEZ-ARRIBAS¹ y MIGUEL A. SANTED

Universidad Nacional de Educación a Distancia
¹Hospital Úbeda (Jaén)

(Aceptado en abril de 2004)

En el presente estudio se investigan las características de los ataques de pánico no clínicos a partir del Cuestionario de Pánico y Agorafobia (CPA), una nueva medida de autoinforme para evaluar y diagnosticar el pánico y la agorafobia. El CPA fue administrado a una muestra de 537 estudiantes universitarios, con un rango de edad entre 20 y 61 años. Una segunda muestra de 37 pacientes con trastornos de ansiedad también cumplimentó el cuestionario. De la muestra no clínica, el 3,5% fue diagnosticado de trastorno de pánico y el 16,6% informó haber experimentado uno o más ataques de pánico en el pasado año. Los síntomas de pánico más comúnmente asociados a los ataques de pánico fueron la taquicardia o palpitaciones, los sudores, la disnea, los escalofríos o sofocos, los vértigos o mareos y las náuseas. El análisis factorial de los síntomas de pánico reveló tres factores significativos: síntomas respiratorios, autonómicos y cognitivos. Los datos apoyan la fiabilidad y validez del CPA.

Palabras clave: Ataque de pánico, trastorno de pánico, agorafobia, prevalencia, evaluación.

Panic and Agoraphobia Questionnaire: Characteristics of nonclinical panic attacks

This study investigated the prevalence and phenomenology of nonclinical panic attacks by means of the Cuestionario de Pánico y Agorafobia (CPA) [Panic and Agoraphobia Questionnaire], a new self-report measure designed to assess and diagnose panic and agoraphobia. The CPA was administered to a sample of 537 college students, ranging in age from 20 to 61 years. A second sample of 37 anxiety disordered group also completed the questionnaire. Of the nonclinical sample, 3,5% were diagnosed as having a panic disorder and 16,6% reported one or more panic attacks in the past-year. The most commonly reported symptoms associated with the panic attacks were heart pounding, sweating, dyspnea, hot flashes/chills, dizziness/faintness and nausea. Factor analysis of panic symptoms revealed three significant factors: respiratory, autonomic and cognitive symptoms. The CPA is shown to have sound psychometric properties.

Key words: Panic attack, panic disorder, agoraphobia, prevalence, assessment.

INTRODUCCIÓN

Varios estudios epidemiológicos han estimado la prevalencia vital del trastorno de pánico (TP) con o sin agorafobia en torno al 5% de la población general (Wittchen y Essau, 1993). En su texto revisado del

DSM-IV (APA, 2000), la American Psychiatric Association (APA), si bien sitúa la prevalencia vital del trastorno de pánico (con o sin agorafobia) en muestras de la población general entre el 1 y el 3,5%, resalta que la prevalencia del trastorno de pánico en la población clínica es considerablemente elevada ya que constituye (a) el 10% de los individuos derivados a consultas de salud mental, y (b) entre el 10 y el 30% de los casos de patología

Correspondencia: Bonifacio Sandín, Universidad Nacional de Educación a Distancia, Facultad de Psicología, Juan del Rosal 10 (Ciudad Universitaria), 28040 Madrid. Correo-e: bsandin@psi.uned.es

vestibular, respiratoria y neurológica, y el 60% de los casos de patología cardíaca, en los centros de asistencia general.

Aunque en población clínica la mayoría de los individuos que acuden a consulta por agorafobia presentan diagnóstico o historia de trastorno de pánico, la prevalencia de la agorafobia sin historia de TP es también elevada (en torno al 5,3% de la población general; Kessler y Zhao, 1998). Recientemente se ha sugerido que los pacientes que sufren el doble síndrome (trastorno de pánico y agorafobia) presentan mayor nivel de perturbación y comorbilidad que la agorafobia o el TP sin agorafobia, si bien los tres trastornos comparten muchas características y síntomas clínicos (Andrews y Slade, 2002), lo cual ha llevado a estos autores a considerar que la agorafobia sin historia de TP podría ser considerada como parte del síndrome de trastorno de pánico.

El trastorno de pánico con agorafobia, además de presentar una prevalencia relativamente elevada, con mucha frecuencia ocurre acompañado de otros trastornos de ansiedad (20%), abuso de alcohol y drogas (15%) e intentos de suicidio (entre el 6 y el 20%), amén de poseer un impacto muy nocivo sobre el funcionamiento y bienestar del individuo (Marcaurelle, Bélanger, y Marchand, 2003). Según han señalado estos autores, los individuos que sufren de trastorno de pánico con agorafobia se sienten menos saludables que la mayoría de las personas afectadas por otros trastornos mentales. Además, usan con mayor frecuencia los servicios médicos de emergencias, son hospitalizados más frecuentemente por problemas emocionales, acuden el doble de veces a consultas de medicina general y cuatro veces más a consultas de psiquiatría, consumen más drogas psicotrópicas, y tienen más dificultades laborales por problemas emocionales.

Aparte del interés psicopatológico y clínico en general que despiertan, tanto por su elevada prevalencia como por las

implicaciones personales y sociales que conllevan, estos trastornos tienen en común, directa o indirectamente, la experiencia de *ataques de pánico* (AP) o síntomas similares a los del AP. Durante los últimos años se ha venido produciendo un interés especial por el estudio de los ataques de pánico como fenómenos psicopatológicos propios, fenómenos que no sólo forman parte esencial de los trastornos citados, sino que también suelen estar presentes en la mayor parte de los restantes trastornos de ansiedad y en la depresión (al menos un 83% de pacientes de cada categoría diagnóstica de trastorno de ansiedad, así como también de la depresión mayor, admitió haber experimentado al menos un AP en su vida) (Barlow *et al.*, 1985). Estos autores encontraron, no obstante, que los ataques de pánico inesperados (o impredecibles) o no señalados, característicos del TP, tendían a asociarse a un perfil particular de síntomas, con predominio de los síntomas de *vértigos o mareos, parestesias, dolor en el pecho, temblor o sacudidas musculares, y miedo a perder el control o volverse loco/a*. Resultados similares fueron referidos posteriormente por Rapee, Sanderson, McCauley y Di Nardo (1992), los cuales añadieron a éstos los síntomas de *miedo a morir, disnea, y sensación de irrealidad* como constitutivos del perfil característico del trastorno de pánico. Este perfil podría diferenciar cualitativamente los AP característicos del TP (AP también menos señalados y más inesperados) de los AP de otros trastornos de ansiedad, así como también de otros trastornos mentales.

El pánico tiene aún más interés ya que es un fenómeno común también en la población general, no únicamente en la población clínica, tal y como ha sido puesto de relieve por Norton y sus colaboradores (Norton, Harrison, Hauch y Rhodes, 1985; Norton, Dorward, y Cox, 1986; Norton, Cairns, Wozney, y Malan, 1988), así como también por otros autores

(Cox, Endler, y Swinson, 1991; McCaulay y Kleinknecht, 1989; Mattis, y Ollendick, 2002; Sandín, Valiente y Sánchez-Arribas, 1998; Whittal, Suchday, y Goetsch, 1994). Un ataque de pánico es definido por el DSM-IV-TR (APA, 2000) como la aparición súbita de intenso miedo o molestia (malestar) durante un periodo aislado de tiempo que se acompaña de al menos 4 de los 13 síntomas somáticos o cognitivos (p.ej., vértigos, sudoración, sensación de irrealidad). Un ataque de pánico, no obstante, puede darse sin que estén presentes los 4 síntomas mínimos que exige el DSM; p.ej., puede darse con 2 o 3 síntomas de los 13 señalados por este manual, en cuyo caso se denominan AP incompletos o de síntomas limitados. Por el momento, lo que determina que los AP sean de naturaleza clínica o no clínica es únicamente que el individuo busque o no tratamiento (Norton, Cox, y Malan, 1992).

Partiendo de estos estudios, se ha proporcionado información sobre la prevalencia de los AP en población no clínica. Los datos se basan fundamentalmente en la aplicación del cuestionario de autoinforme Panic Attack Questionnaire (PAQ; Cox, Norton y Swinson, 1992; Norton *et al.*, 1986), en formas similares o modificadas, así como también en entrevistas clínicas estructuradas o semiestructuradas. Aunque las cifras sobre prevalencia anual de AP varía de unos estudios a otros, de la revisión llevada a cabo por Norton *et al.* (1992) se concluyen medias de 30,4% y 12,8% de prevalencia, según que la información se haya obtenido mediante cuestionario o entrevista, respectivamente. Los estudios con estudiantes universitarios han reflejado niveles de prevalencia anual que oscilan entre el 27,6% y el 51,3% (Mattis y Ollendick, 2002). Algunos aspectos que parecen influir en las diferencias en las tasas obtenidas son la mayor o menor especificación de lo que es un AP en las instruc-

ciones iniciales, y los requerimientos de 4 síntomas y/o el carácter inesperado de los AP (Norton *et al.*, 1992).

Aunque la investigación centrada en los AP, así como también en el TP con o sin agorafobia, reviste un gran interés actual, un problema que ha dificultado esta tarea en nuestro país ha sido la carencia de instrumentos de evaluación diseñados específicamente para la evaluación y diagnóstico de estos problemas. Si bien nuestro grupo ha presentado datos sobre pánico (AP y TP) en población infantojuvenil basados en una modificación del PAQ para niños y adolescentes (Sandín, 1997; Sandín *et al.*, 1998), se precisan instrumentos similares para evaluar y/o diagnosticar las características de los ataques de pánico, así como también para evaluar y/o diagnosticar el trastorno de pánico y la evitación fóbica (agorafobia) asociada o no a los ataques de pánico.

El presente estudio tiene dos finalidades principales. Por una parte, pretende presentar el Cuestionario de Pánico y Agorafobia (CPA), su elaboración y características, así como también presentar algunos datos básicos sobre su fiabilidad y validez. Por otra parte, mediante este trabajo intentamos proporcionar datos normativos y características sociodemográficas sobre los ataques de pánico en población no clínica española (estudiantes universitarios).

MÉTODO

Participantes

La muestra no clínica consistió en 537 estudiantes universitarios de la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED). Estaba constituida por 391 mujeres (72,8%) y 146 varones (27,2%). La media de edad de las mujeres era de 31,8 ($DT = 7,7$); la media de edad del

grupo de hombres era de 33,4 ($DT = 7,3$). No existían diferencias en edad entre ambos grupos [$t(535) = 2,55, p > 0,05$]. El rango de edad para la muestra total fue de 20 a 61 años. Adicionalmente, únicamente para establecer la validez diagnóstica del CPA, se utilizó una muestra de participantes clínicos con diagnóstico primario de algún trastorno de ansiedad, de los cuales 22 habían sido diagnosticados de trastorno de pánico (con o sin agorafobia) y 15 de otros trastornos de ansiedad (4 de fobia específica, 7 de trastorno de ansiedad generalizada, y 4 de fobia social). La edad media del grupo clínico fue de 28,6 años ($DT = 7,8$, rango 16-45 años). Ninguno de los pacientes poseía diagnóstico de retraso mental, psicosis, o adicciones. Entre los pacientes con otros trastornos de ansiedad, ninguno poseía diagnóstico comórbido de trastorno de pánico. Los diagnósticos clínicos de estos pacientes fueron establecidos por el cuarto autor (CSA) en el Hospital Úbeda (Jaén), según criterios DSM-IV, aplicando la entrevista semiestructurada ADIS-M (Valiente, Sandín y Chorot, 2003). Los diagnósticos de trastorno de pánico efectuados a partir del CPA fueron efectuados por el primer autor (BS), tanto para la muestra clínica como no clínica, no conociendo previamente los diagnósticos de los sujetos clínicos.

Pruebas psicológicas y procedimiento

Todos los participantes cumplimentaron el Cuestionario de Pánico y Agorafobia. La muestra de sujetos no clínicos recibió por correo postal, junto a otras pruebas, el cuestionario y lo devolvieron cumplimentado a la Facultad de Psicología de la UNED. La muestra de participantes clínicos cumplimentó de forma individual el CPA en el hospital de origen después de haber sido diagnosticados mediante la ADIS-M.

1. Cuestionario de Pánico y Agorafobia (CPA)

El CPA fue construido por Sandín y Chorot (1997) a partir del Panic Attack Questionnaire (PAQ; Cox *et al.*, 1992), el Inventario de Agorafobia (IA) de Echeburúa y Corral (1992), el Self-efficacy to Control a Panic Attack Questionnaire (Gauthier, Bouchard, Cote, Laberge y French, 1993), la Entrevista para el Diagnóstico de los Trastornos de Ansiedad ADIS-M (Valiente *et al.*, 2003), el Catastrophic Cognitions Questionnaire (Khwaja y Oei, 1992), así como también a partir del conocimiento de los autores sobre la evaluación y diagnóstico del pánico y la agorafobia. Se incluye una copia de la versión actual del CPA en el Anexo I.

El CPA es un cuestionario de autoinforme que consta de 40 ítems e incluye las 6 secciones que se describen a continuación. Su aplicación completa suele durar entre 20 y 30 minutos (la aplicación puede ser mucho más breve en función de las secciones cuya cumplimentación no proceda para determinados individuos). La finalidad del cuestionario es la evaluación de las características asociadas al pánico, y el diagnóstico del trastorno de pánico (con o sin agorafobia) y de la agorafobia sin historia de trastorno de pánico. El CPA puede ser de utilidad tanto para la investigación sobre el pánico y la agorafobia como para su diagnóstico y tratamiento.

La primera sección es la más amplia, incluye los 21 primeros ítems, y se centra específicamente en la evaluación de las características relacionadas con los ataques de pánico, tales como la frecuencia de los ataques de pánico y su distribución temporal, la edad de comienzo, la duración (tiempo para alcanzar la respuesta máxima y duración de la crisis), los síntomas de pánico (se incluyen los síntomas del AP descritos por el DSM-IV; APA, 1994), y los tipos de pánico (espe-

rados vs. inesperados y señalados vs. no señalados). En el cuestionario se utiliza la denominación de «crisis de angustia» en lugar de ataques de pánico, ya que la primera es una denominación más común en la cultura española. Esta primera sección incluye también algunos items dirigidos a evaluar aspectos relevantes relacionados con los AP, tales como el afrontamiento (Ítem 12), las expectativas de autoeficacia (Items 10, 11, 16 y 19), las situaciones relacionadas con los AP (Items 14 y 15), y las interpretaciones catastrofistas (Ítem 18; se incluyen 14 interpretaciones catastrofistas que suelen ser comunes en los pacientes con trastorno de pánico).

La segunda sección incluye los Items 22, 23 y 24, y evalúa los tres criterios del DSM-IV para el diagnóstico del trastorno de pánico (preocupación o miedo a otros posibles AP, preocupación por las consecuencias del AP, y perturbación en la vida del individuo). La tercera sección (Items 25, 26 y 27) es complementaria a la segunda, y evalúa el nivel de interferencia laboral, social y familiar de los AP. Ambas secciones son importantes para las decisiones sobre el diagnóstico de trastorno de pánico.

La cuarta sección (Items 28 y 29) evalúa la evitación de actividades (p.ej., hacer ejercicio físico o tomar café) que suelen vincularse a un incremento de la percepción de ciertas sensaciones somáticas, así como el nivel de interferencia asociado (laboral, social o familiar). Los individuos con pánico suelen evitar las sensaciones corporales similares a las del AP, tales como la taquicardia, los vértigos o mareos, la disnea, y otras similares a los síntomas asociados a la hiperventilación (Sandín, 1997; Taylor, 2000).

La quinta sección evalúa la agorafobia a partir de los Items 30, 31 y 32. El Ítem 30 evalúa el nivel de evitación o temor a 24 situaciones que suelen ser evitadas

típicamente por los pacientes agorafóbicos. La selección definitiva de estas 24 situaciones se estableció a partir de los items obtenidos del IA (Echeburúa y Corral, 1992), y la ADIS-M (Valiente *et al.*, 2003); se eliminaron los items que no fueron señalados con una puntuación mínima de 2 (escala de 0 a 4) por ningún sujeto con más de un ataque de pánico en el último año. Los items restantes (31-32) evalúan el tiempo y el nivel de interferencia laboral, social y familiar producidos por los temores agorafóbicos, y son necesarios para decidir sobre el posible diagnóstico de agorafobia.

Finalmente, el CPA contiene una sexta sección (Items 33 al 40) que evalúa algunos aspectos que han sido relacionados con la experiencia de los ataques de pánico, tales como la ocurrencia de sucesos vitales y la historia familiar de AP. Esta sección es prácticamente idéntica a la que aparece en el PAQ (Cox *et al.*, 1992).

2. Entrevista para el Diagnóstico de los Trastornos de Ansiedad ADIS-M

Fue desarrollada por Valiente *et al.* (2003) para evaluar los diferentes trastornos de ansiedad siguiendo los criterios establecidos en el DSM-IV (APA, 1994). Esta versión, que comenzó a ser utilizada por nuestro grupo a partir de 1996, constituye una modificación de la ADIS-R elaborada por DiNardo y Barlow (1988) para evaluar y diagnosticar los trastornos de ansiedad según los criterios del DSM-III-R. Aunque en el presente estudio no se determinó la fiabilidad entre jueces de los diagnósticos efectuados con la ADIS-M, todos los diagnósticos fueron contrastados con los efectuados previamente por el equipo de salud en el centro clínico, adoptándose por consenso entre el cuarto autor y el equipo de salud del centro clínico en los casos de discrepancia.

RESULTADOS

Prevalencia del pánico

En la Tabla 1 se indica la prevalencia vital, anual (último año) y mensual (último mes) de los ataques de pánico. También se indica su posible relación con las variables sociodemográficas (edad, nivel económico, y sexo). Como puede apreciarse, la prevalencia vital de ataques de pánico es del 21,0%, la anual es del 16,6%, y la mensual es del 7,1%. Puede observarse también que no existe asociación significativa entre el sexo y el tener o no ataques de pánico recientes

(último año y último mes), aunque sí existe asociación cuanto se trata de la prevalencia vital. Aún cuando en estos casos no se constata una asociación significativa, en las tres condiciones se constatan tasas de prevalencia mayores en el grupo de varones que en el de mujeres. Las diferencias en edad y nivel económico entre los sujetos con y sin pánico no fueron significativas, salvo para la condición relativa al último año. Los individuos con pánico eran más jóvenes que los que no habían tenido ningún ataque de pánico en el último año, y tendían a poseer niveles económicos más bajos.

Tabla 1. Variables sociodemográficas y prevalencia (vital, anual y mensual) de ataques de pánico

	Pánico vs No pánico (vital)		t(535)
	Pánico (N = 113)	No pánico (N = 424)	
Edad	30,3 (7,4)	31,8 (7,7)	1,8
Nivel económico	2,92 (1,4)	3,21 (1,8)	1,6
Sexo:			
Varones (146)	23 (15,8%)	123 (84,2%)	$\chi^2(1) = 3,4^*$
Mujeres (391)	90 (23,0%)	301 (77,0%)	
Total (537)	113 (21,0%)	424 (79,0%)	
	Pánico vs No pánico (último año)		t(535)
	Pánico (N = 89)	No pánico (N = 448)	
Edad	29,1 (7,4)	31,9 (7,7)	3,9*
Nivel económico	2,89 (1,2)	3,21 (1,7)	1,7 ^a
Sexo:			
Varones (146)	18 (12,3%)	128 (87,7%)	$\chi^2(1) = 2,6^a$
Mujeres (391)	71 (18,2%)	320 (81,8%)	
Total (537)	89 (16,6%)	448 (83,42%)	
	Pánico vs No pánico (último mes)		t(535)
	Pánico (N = 38)	No pánico (N = 499)	
Edad	30,5 (7,2)	31,6 (7,7)	0,9
Nivel económico	3,00 (1,1)	3,16 (1,7)	0,8
Sexo:			
Varones (146)	08 (5,5%)	138 (94,5%)	$\chi^2(1) = 0,8$
Mujeres (391)	30 (7,7%)	361 (92,3%)	
Total (537)	38 (7,1%)	499 (92,9%)	

Nota. Se indican las medias y desviaciones típicas (entre paréntesis) para las variables Edad y Nivel económico, y las frecuencias y porcentajes (entre paréntesis) para varones y mujeres.

* $p < 0,05$; ^a $p < 0,10$.

Partiendo de la submuestra de sujetos con al menos un ataque de pánico en el último año ($N = 89$), calculamos los porcentajes de individuos con ataques de pánico completos (incluían un mínimo de 4 síntomas) y con síntomas limitados (sólo 2 o 3 síntomas de pánico). Como se indica en la Tabla 2, la mayor parte de los ataques de pánico fueron completos (i.e., el 91% frente al 9%), lo que indica que cuando se produce un ataque de pánico suelen ocurrir simultáneamente 4 o más síntomas. No encontramos diferencias de edad o nivel económico entre ambos grupos de pánico, ni tampoco asociación con el sexo.

Una segunda tipología de los ataques de pánico se ha venido haciendo a partir de que estos ocurran de forma más o menos inesperada (impredicable) o bien a partir de su asociación con situaciones delimitadas. En relación con la prevalen-

cia anual, los primeros (AP inesperados y/o predispuestos situacionalmente; 64%) han resultado ser más prevalentes que los segundos, i.e., ataques de pánico predecibles o señalados (AP esperados o determinados situacionalmente; 36%) (véase la Tabla 3). Estos últimos solían asociarse a situaciones sociales (p.ej., hacer un examen), y a situaciones más o menos específicas (la oscuridad, la noche, el miedo a la enfermedad o muerte, viajar en avión, los perros, etc.). Como puede apreciarse en la tabla, no encontramos relaciones significativas entre las variables sociodemográficas (edad, nivel económico y sexo) y esta tipología de ataques de pánico. Aunque los varones parecen ser más propensos que las mujeres a los AP inesperados, y viceversa para los AP señalados, la asociación no resultó ser estadísticamente significativa.

Tabla 2. Variables sociodemográficas y tipos de ataques de pánico (completos vs. limitados)

	AP completos ($N = 81$)	AP limitados ($N = 8$)	$t(87)$
Edad	29,1 (6,7)	30,1 (7,6)	0,6
Nivel económico	2,86 (1,2)	3,13 (1,3)	0,5
Sexo:			
Varones (18)	15 (83,3%)	3 (16,7%)	$\chi^2(1) = 1,6$
Mujeres (71)	66 (93,0%)	5 (07,0%)	
Total (89)	81 (91,0%)	8 (9,0%)	

Nota. Se indican las medias y desviaciones típicas (entre paréntesis) para las variables Edad y Nivel económico, y las frecuencias y porcentajes (entre paréntesis) para varones y mujeres. Las pruebas estadísticas aplicadas (t y χ^2) no fueron significativas.

Tabla 3. Variables sociodemográficas y tipos de ataques de pánico (inesperados vs. esperados)

	AP inesperados ($N = 57$)	AP esperados ($N = 32$)	$t(87)$
Edad	29,2 (6,5)	29,1 (7,0)	0,2
Nivel económico	2,93 (1,1)	2,81 (1,4)	0,4
Sexo:			
Varones (18)	14 (77,8%)	4 (22,2%)	$\chi^2(1) = 1,8$
Mujeres (71)	43 (60,6%)	28 (39,4%)	
Total (89)	57 (64,0%)	32 (36,0%)	

Nota. Se indican las medias y desviaciones típicas (entre paréntesis) para las variables Edad y Nivel económico, y las frecuencias y porcentajes (entre paréntesis) para varones y mujeres. Las pruebas estadísticas aplicadas (t y χ^2) no fueron significativas.

Finalmente, mediante la información obtenida con el CPA se efectuaron los diagnósticos de trastorno de pánico entre los individuos que habían experimentado más de un AP inesperado durante el último año. Se diagnosticaron 19 casos de trastorno de pánico, lo que supone el 3,5% de la muestra total y el 21,3% de las personas que habían experimentado al menos un ataque de pánico en el último año. El 3,5% es muy similar al que indican los estudios epidemiológicos actuales sobre las tasas de prevalencia del trastorno de pánico (con o sin agorafobia). Encontramos diferencias significativas entre los individuos con trastorno de pánico y el resto de la muestra en nivel económico [$t(535) = 2,5, p < 0,05$], pero no había diferencias de edad. Tampoco encontramos asociación entre el diagnóstico de pánico y el sexo; el porcentaje de hombres y de mujeres era prácticamente idéntico: varones = 5 (3,4% del total de varones) y mujeres = 14 (3,6% del total de mujeres).

Síntomas de pánico más frecuentes y perfiles de síntomas (varones vs. mujeres)

En la Tabla 4 indicamos la frecuencia de individuos que experimentaron cada síntoma de pánico en sus ataques de pánico ocurridos durante el último año. Puede observarse que los síntomas experimentados por más sujetos son la taquicardia, la sudoración, la disnea, las ráfagas de frío o calor, los vértigos o mareos, y las náuseas. Los experimentados por menos individuos fueron la sensación de atragantarse, el entumecimiento, y la sensación de irrealidad.

No se observan grandes diferencias entre los grupos de mujeres y varones, salvo para algunos síntomas como el miedo a morir y el miedo a perder el control o volverse loco/a, que en el grupo de varones ocupan lugares más elevados en el orden de frecuencia, especialmente el síntoma de miedo a morir (tercero en el grupo de varones y décimo en el grupo de mujeres). Salvo estas pequeñas diferencias, cabría afirmar que ambos grupos coinciden en los síntomas de pánico que son experimentados por más y menos sujetos.

Tabla 4. Los síntomas de pánico más frecuentes para la muestra total y según el sexo (% de sujetos que estimaron que el síntoma estaba presente en sus ataques de pánico ocurridos durante el último año)

Síntomas del ataque de pánico	Total (N = 89)	Sexo	
		Mujeres (N = 71)	Varones (N = 18)
1º Latidos fuertes o rápidos del corazón	73,0	74,6	66,7
2º Sudores	55,1	54,9	55,6
3º Sensación de falta de aire o asfixia	52,8	53,5	50,0
4º Escalofríos o sofocaciones	49,4	50,7	44,4
5º Vértigos, mareos, inestabilidad	39,3	38,0	44,4
6º Náuseas o malestar en estómago	39,3	39,4	38,9
7º Miedo a perder el control o volverse loco/a	36,0	33,8	44,4
8º Temblores o sacudidas musculares	33,7	32,4	38,9
9º Dolor o molestias en el pecho	32,6	31,0	38,9
10º Miedo a morir	30,3	25,4	50,0
11º Sensaciones de irrealidad	24,7	22,5	33,3
12º Hormigueo o entumecimiento	15,7	14,1	22,2
13º Sensación de atragantarse	13,5	12,7	16,7

Tabla 5. Diferencias en las puntuaciones medias (DT entre paréntesis) en sintomatología de pánico entre los grupos de varones y mujeres, para los AP ocurridos en el último año

Síntomas del ataque de pánico	Sexo		F(1,87)
	Mujeres (N = 71)	Varones (N = 18)	
1. Latidos fuertes o rápidos del corazón	3,06 (1,18)	2,89 (1,37)	0,27
2. Sudores	2,32 (1,51)	2,50 (1,42)	0,20
3. Temblores o sacudidas	1,46 (1,59)	1,83 (1,47)	0,80
4. Sensación de falta de aire o asfixia	2,28 (1,58)	2,17 (1,65)	0,08
5. Sensación de atragantarse	0,96 (1,25)	0,83 (1,29)	0,14
6. Dolor o molestias en el pecho	1,55 (1,52)	1,83 (1,47)	0,51
7. Náuseas o malestar en estómago	1,94 (1,53)	1,89 (1,84)	0,02
8. Vértigos, mareos, inestabilidad	1,79 (1,57)	1,61 (1,69)	0,18
9. Sensaciones de irrealidad	1,27 (1,49)	1,39 (1,54)	0,10
10. Miedo a perder el control (loco/a)	1,61 (1,48)	1,89 (1,64)	0,51
11. Miedo a morir	1,41 (1,50)	2,22 (1,83)	3,87*
12. Hormigueo o entumecimiento	0,76 (1,22)	1,17 (1,47)	1,46
13. Escalofríos o sofocaciones	2,31 (1,55)	1,89 (1,45)	1,10
Puntuación total síntomas de pánico	22,70 (9,9)	24,10 (11,9)	0,26

* $p < 0,05$. Se aplicó la corrección de Bonferroni.

En la Tabla 5 se indican las medias y desviaciones típicas en sintomatología de pánico (puntuaciones de gravedad de entre 0 y 4), correspondientes a los sujetos con ataques de pánico en el último año. En general se observa que los síntomas con mayor puntuación suelen coincidir con los señalados por mayor número de individuos como presentes siempre o casi siempre en los AP (i.e., taquicardia, sudoración, disnea, y náuseas). Para analizar las posibles diferencias entre los grupos de varones y mujeres se aplicaron análisis de varianza univariados (uno para cada una de las 13 variables dependientes), aplicándose la corrección de Bonferroni para reducir el exceso de error tipo I. Como se indica en dicha tabla, únicamente existían diferencias significativas para el síntoma de miedo a morir (mayor puntuación en el grupo de varones). Con objeto de comparar los perfiles de los grupos de varones y mujeres calculamos la correlación de Spearman (orden de rangos). La correlación fue de 0,78 ($p < 0,01$), lo que indica que existe una elevada similitud

en el orden de gravedad de los síntomas entre ambos perfiles.

Análisis factorial de los síntomas de pánico

El análisis factorial de los síntomas de pánico se efectuó a partir de la muestra de sujetos ($N = 89$) que informaron haber experimentado al menos un ataque de pánico en el último año. El análisis se efectuó sobre las puntuaciones de gravedad (0-4) en los 13 síntomas del ataque de pánico. El análisis de componentes principales reveló la presencia de 5 factores con valores propios superiores a la unidad. El test de scree (Cattell, 1966) sugería 3 o 4 factores. Finalmente, tras aplicar el criterio de interpretabilidad de las diferentes estructuras factoriales factibles (Gorsuch, 1983), en este caso entre 1 y 5 factores, la estructura factorial más apropiada resultó ser la de 3 factores. Dicha estructura factorial explicaba el 50,9% de la varianza total.

Los resultados de este análisis tras la rotación oblicua (oblimin) se indican en

Tabla 6. Análisis factorial exploratorio de los síntomas de pánico (análisis de componentes principales y rotación oblicua, $N = 89$)

Síntomas del ataque de pánico	Factor 1 Respiratorio	Factor 2 Autonómico	Factor 3 Cognitivo
1. Latidos fuertes o rápidos del corazón	0,14	0,41	0,02
2. Sudores	0,10	0,77	0,06
3. Temblores	0,03	0,24	0,62
4. Sensación de falta de aire o asfixia	0,54	0,21	0,14
5. Sensación de atragantarse	0,83	0,09	<u>0,32</u>
6. Dolor o molestias en el pecho	0,65	0,05	0,22
7. Vómitos o malestar en estómago	0,03	0,21	0,56
8. Vértigos, mareos, inestabilidad	0,43	0,20	<u>0,35</u>
9. Sensaciones de irrealidad	0,07	0,12	0,70
10. Miedo a perder el control (loco/a)	0,00	0,01	0,77
11. Miedo a morir	0,49	<u>0,39</u>	0,25
12. Hormigueo o entumecimiento	0,64	0,06	0,02
13. Escalofríos o sofocaciones	0,06	0,73	0,18
Autovalor	3,856	1,462	1,276
% de varianza explicada	29,7	11,3	9,9
Coefficiente alfa de Cronbach	0,72	0,61	0,66

Nota. En negrita se indican las saturaciones relevantes cuyos síntomas definen el factor. En subrayado se indican otras saturaciones $\geq 0,30$.

la Tabla 6. El primer factor viene representado fundamentalmente por *síntomas respiratorios* y relacionados con la hiperventilación (disnea, sensación de atragantarse, dolor o molestias en el pecho, miedo a morir, entumecimiento, y vértigos). El segundo factor está definido por tres ítems que denotan *activación del sistema nervioso autónomo* (taquicardia, sudoración y escalofríos o sofocaciones). El tercer y último factor corresponde a los *síntomas cognitivos* del pánico (miedo a perder el control o volverse loco/a, sensaciones de irrealidad) amén de otros síntomas fisiológicos (temblores y náuseas).

Las correlaciones entre los tres componentes extraídos fueron como sigue: 0,17 entre los Factores 1 y 2, 0,34 entre los Factores 1 y 3, y 0,18 entre los Factores 2 y 3. Como puede observarse, excepto la moderada correlación que se da entre los factores respiratorio y cognitivo, el resto de correlaciones son bajas. Por esta razón, se aplicó también rotación ortogonal (varimax) con objeto de contrastarla con la estructura oblicua, obteniéndose

resultados muy similares a los indicados. Puesto que el análisis factorial sugiere la posibilidad de asumir estos tres factores como dimensiones de la sintomatología somático-cognitiva del pánico, se calcularon los coeficientes de fiabilidad (consistencia interna) de las tres subescalas que pueden derivarse de estas dimensiones (véase la Tabla 6). El coeficiente alfa de Cronbach más elevado (0,72) corresponde a la subescala respiratoria, subescala que posee el mayor número de ítems (6). Las dos restantes subescalas poseen valores alfa más bajos, si bien debe tenerse en cuenta el reducido número de ítems de cada subescala (3 y 4 respectivamente). El coeficiente alfa de la escala total de síntomas fue de 0,80.

Validez diagnóstica del CPA

Como un primer paso para examinar la validez diagnóstica del CPA se efectuaron los diagnósticos de trastorno de pánico (con o sin agorafobia) a partir de la muestra clínica ($N = 37$). Tras la aplicación del

cuestionario, 20 de los pacientes fueron diagnosticados de trastorno de pánico. Al contrastar los diagnósticos de trastorno de pánico efectuados con el CPA y los que se habían efectuado previamente con la ADIS-M se obtuvo un 91% de acuerdo entre ambos métodos en lo que concierne al diagnóstico de este trastorno. Este resultado sugiere que el CPA es tan eficaz como la entrevista clínica para establecer el diagnóstico del trastorno de pánico.

DISCUSIÓN

Los datos obtenidos a partir de la aplicación del nuevo cuestionario para la evaluación y diagnóstico del pánico y la agorafobia (CPA) proporcionan información normativa sobre la prevalencia del ataque de pánico en población no clínica, según grupos de sexo. Por otra parte, se presenta información sobre la fiabilidad y validez de este cuestionario. En lo que sigue comentaremos brevemente estos dos aspectos generales.

Los datos que hemos presentado en la sección de resultados sobre la prevalencia del pánico están en general en línea con la evidencia presentada por otros grupos de investigación con población no clínica (Brown y Cash, 1989, 1990; Cox *et al.*, 1991; Mattis y Ollendick, 2002; Norton *et al.*, 1985, 1986, 1988, 1992), así como también con nuestro estudio inicial con población no clínica de niños y adolescentes (Sandín *et al.*, 1998). Si comparamos nuestros datos con los presentados por el grueso de estos estudios podríamos concluir que los niveles de prevalencia anual son menores en el presente trabajo que en la mayoría de los estudios basados en el cuestionario de autoinforme PAQ de Norton y colaboradores. Por ejemplo, mientras que la prevalencia anual en nuestro estudio es del 16,6%, la preva-

lencia media obtenida con el PAQ o cuestionarios similares es del 30,4% (ha variado entre el 63,3% y el 7,5% (Norton *et al.*, 1992). Merece la pena señalar que en el estudio que obtuvo este último porcentaje (Telch, Lucas y Nelson, 1989) se utilizó un cuestionario derivado de una entrevista clínica estructurada. De hecho, las tasas de prevalencia de los estudios basados en entrevistas clínicas han sido más bajas que las obtenidas mediante cuestionarios de autoinforme (han variado entre el 38,9% y el 3,3%, con una media del 12,8%). Podríamos afirmar, por tanto, que nuestros datos son más similares a los que proceden de estudios con entrevistas clínicas que a los que proceden de cuestionarios. A este respecto, Brown y Cash (1989) señalaron que las tasas de prevalencia de los ataques de pánico no clínicos podrían estar sobreestimadas por establecerse una definición del ataque de pánico demasiado ambigua o general en las instrucciones del cuestionario. Estos autores sugieren que en la definición del ataque de pánico debe aportarse información adicional para facilitar el diagnóstico diferencial (p.ej., indicando que un ataque de pánico difiere de otras formas de ansiedad o nerviosismo, no consistiendo en síntomas moderados de nerviosismo o ansiedad típicos de ciertas circunstancias, etc.).

Nuestros resultados sobre la prevalencia del pánico en varones y mujeres sugieren que, aunque en las mujeres se dan tasas de prevalencia superiores a las del varón (18,2% vs. 12,3% para la prevalencia anual), la asociación entre pánico y sexo sólo resultó estadísticamente significativa para la prevalencia vital. No obstante, sí merece la pena tener en cuenta que para la prevalencia anual se observa una tendencia ($p < 0,10$) estadística hacia una mayor prevalencia en el grupo de mujeres que en el de hombres. Estos resultados en general son consis-

tentes con la literatura sobre las diferencias sexuales en la prevalencia del trastorno de pánico, así como también en otros trastornos de ansiedad, que sugieren una mayor predisposición de la mujer hacia estos trastornos (Sandín y Chorot, 1995). Los datos también son consistentes con los resultados de algunos estudios sobre pánico no clínico que han investigado esta variable (p.ej., Brown y Cash, 1989; MacCaulay y Kleinknecht, 1989; Mattis y Ollendick, 2002).

Los ataques de pánico se distribuyen de forma más o menos proporcional entre los que son más o menos espontáneos o inesperados y los que son más o menos situacionales o esperados (Rapee *et al.*, 1992; Whittal *et al.*, 1994). En el presente estudio, hemos encontrado que hay más individuos en los que predominan los ataques de pánico inesperados (64%) que los señalados y producidos situacionalmente (36%). Aunque la separación entre estos dos tipos de ataque de pánico es fundamental para el diagnóstico del trastorno de pánico, es difícil establecerla con fiabilidad (incluso mediante entrevista clínica) ya que, no sólo bastantes individuos pueden experimentar ambos tipos de pánico, sino que los denominados ataques «inesperados» muy probablemente sean estimulados o producidos a partir de señales interoceptivas más o menos perceptibles por el individuo (es decir, es posible que sólo el primer ataque sea totalmente inesperado).

Partiendo de la información obtenida en el CPA, un 3,5% de la muestra total no clínica reunía los criterios para el diagnóstico del trastorno de pánico (con o sin agorafobia). Que nosotros sepamos, salvo en nuestro anterior estudio con población infantojuvenil (Sandín *et al.*, 1998), hasta ahora no se habían publicado estudios en nuestro país que informaran de la prevalencia de este trastorno en este tipo de población. Este porcentaje es similar

al obtenido por Whittal *et al.* (1994) a partir del PAQ del grupo de Norton. Considerando que los estudios epidemiológicos han informado de tasas de prevalencia vital del trastorno de pánico entre el 1 y el 5% (APA, 2000; Wittchen y Essau, 1993), la tasa obtenida en el presente trabajo es congruente con esta información, y sugiere que no se ha producido la sobreestimación que cabe esperarse en los diagnósticos efectuados con instrumentos de autoinforme.

De hecho, al evaluar la concordancia entre los diagnósticos de trastorno de pánico efectuados mediante una entrevista clínica semiestructurada (ADIS-M) y el CPA, ambos diagnósticos efectuados por jueces independientes, se obtuvo un porcentaje de acuerdo elevado, lo que sugiere una excelente capacidad del CPA para diagnosticar el trastorno de pánico. Este resultado proporciona apoyo empírico a la validez diagnóstica del cuestionario.

Varios de los estudios previos sobre el pánico en población no clínica han señalado la mayor o menor relevancia de los diferentes síntomas que constituyen el ataque de pánico. En términos generales, los síntomas que parecen estar más implicados en los ataques de pánico, tanto por su frecuencia como por su intensidad, son la taquicardia, el temblor, la sudoración, los vértigos, los escalofríos o sofocos, y la disnea. Los menos implicados parecen ser el temor a atragantarse, el entumecimiento, el miedo a morir y el dolor en el pecho. En un término medio se sitúan las náuseas, las sensaciones de irrealidad, y el miedo a perder el control o volverse loco/a (Brown y Cash, 1989; 1990; Norton *et al.*, 1985, 1986; Whittal *et al.*, 1994). En sujetos clínicos se han obtenido resultados diferentes, con mayor implicación de los síntomas cognitivos (Rapee *et al.*, 1992). Nuestros datos indican un patrón más o menos similar a éste, tanto en el grupo de varo-

nes como en el de mujeres (véanse las Tablas 4 y 5). El orden de relevancia de los síntomas parece bastante similar entre ambos grupos dado el elevado coeficiente de correlación de Spearman obtenido.

Puesto que los síntomas del pánico no parecen constituir un conjunto unitario de elementos, resulta de enorme interés llevar a cabo análisis factoriales de los mismos con objeto de aislar las posibles dimensiones en que pudieran agruparse. Hasta estos momentos son muy pocos los estudios que han llevado a cabo esta labor. Cox, Swinson, Endler y Norton (1994) estudiaron la estructura de 23 síntomas de pánico evaluados con el PAQ. Obtuvieron tres factores relativos a (1) síntomas de vértigo y mareos (2) síntomas cardiorrespiratorios, y (3) síntomas cognitivos. A partir de este mismo cuestionario, Whittal *et al.* (1994) aislaron 4 factores que denominaron (1) aspectos cognitivos del pánico (p.ej., miedo a perder el control) (2) aspectos fisiológicos y sensoriales del pánico (p.ej., síntomas visuales, escalofríos) (3) aspectos autonómicos del pánico (p.ej., taquicardia), y (4) aspectos cardiorrespiratorios (p.ej., disnea, entumecimiento).

Nuestro estudio ha puesto de relieve la existencia de tres claros factores (respiratorio, autonómico y cognitivo) que, al menos conceptualmente, coinciden en cierto modo con los principales factores sugeridos por estos autores. El factor cognitivo aparece claramente en los tres estudios, y parece mantenerse como factor independiente de la cultura. Nuestro primer factor refleja una dimensión de síntomas relacionados muy estrechamente con la hiperventilación y la función respiratoria, y presenta cierta semejanza con el factor cardiorrespiratorio de Whittal *et al.* (1994), y en ciertos aspectos con el cardiorrespiratorio de Cox *et al.* (1994). El tercer factor aislado en el presente trabajo, si bien sólo está configurado por tres elementos, viene a repre-

sentar los síntomas autonómicos generales, factor prácticamente idéntico al factor del mismo nombre de Whittal *et al.* (1994). La posible relevancia psicopatológica y utilidad clínica de estos tres factores deberá constatararse a partir de nuevos y futuros estudios.

En conclusión, mediante el presente estudio hemos proporcionado información relacionada con un nuevo instrumento diseñado para la evaluación y el diagnóstico del pánico y la agorafobia. Se presentan datos normativos sobre la prevalencia vital, anual y mensual de los ataques de pánico, y sobre la prevalencia anual del trastorno de pánico, para una muestra de estudiantes universitarios, con información separada para los grupos de varones y mujeres. También se proporcionan datos sobre la manifestación de los síntomas del pánico (porcentajes de individuos que experimentan cada síntoma y niveles de gravedad), y sobre su estructura factorial. Se aporta evidencia sobre la fiabilidad (consistencia interna) de la escala de síntomas de pánico y sobre las tres subescalas. Finalmente, los datos apoyan la validez de diagnóstico del CPA. Consideramos que el cuestionario puede ser de gran utilidad para la investigación y tratamiento del pánico y la agorafobia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association (APA) (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.) (DSM-IV)*. Washington DC: Author.
- American Psychiatric Association (APA) (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.): Text revision DSM-IV-TR*. Washington DC: Author. (Versión española: Masson, Barcelona, 2002).
- Andrews, G., y Slade, T. (2002). Agoraphobia without a history of panic disorder may be part of the panic disorder syndrome. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190, 624-630.

- Barlow, D.H., Vermilyea, J., Blanchard, E.B., Vermilyea, B.B., Di Nardo, P.A., y Cerny, J.A. (1985). The phenomenon of panic. *Journal of Abnormal Psychology, 94*, 320-328.
- Brown, T.A., y Cash, T.F. (1989). The phenomenon of panic in nonclinical populations: Further evidence and methodological considerations. *Journal of Anxiety Disorders, 3*, 139-148.
- Brown, T.A., y Cash, T.F. (1990). The phenomenon of nonclinical panic: Parameters of panic, fear and avoidance. *Journal of Anxiety Disorders, 4*, 15-29.
- Cattell, R.B. (1966). The scree test for the number of factors. *Multivariate Behavioral Research, 3*, 245-276.
- Cox, B.J., Endler, N.S., y Swinson, R.P. (1991). Clinical and nonclinical panic attacks: An empirical test of a panic-anxiety continuum. *Journal of Anxiety Disorders, 5*, 21-34.
- Cox, B.J., Norton, G.R., y Swinson, R.P. (1992). *Panic Attack Questionnaire—Revised*. Toronto, ON: Clarke Institute of Psychiatry.
- Cox, B.J., Swinson, R.P., Endler, N.S., y Norton, G.R. (1994). The symptom structure of panic attacks. *Comprehensive Psychiatry, 35*, 349-355.
- Di Nardo, P.A., y Barlow, D.H. (1988). *Anxiety Disorders Interview Schedule—Revised (ADIS-R)*. Albany, NY: Graywind.
- Echeburúa, E., y Corral, P. (1992). Un nuevo inventario de agorafobia (IA). En E. Echeburúa y P. Corral (Eds.), *La agorafobia: Nuevas perspectivas de evaluación y tratamiento*. Valencia: Promolibro.
- Gauthier, J.G., Bouchard, S., Cote, G., Laberge, B., y French, D. (1993). Development of two scales measuring self-efficacy to control panic attacks. *Canadian Psychology, 30*(2a), 300.
- Gorsuch, R. (1983). *Factor analysis*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Kessler, R.C., y Zhao, S. (1998). Epidemiology: Psychiatric. En H.S. Friedman (Ed.), *Encyclopedia of mental health* (Vol., 2, pp. 113-125). San Diego, CA: Academic Press.
- Khawaja, N.G., y Oei, T.P.S. (1992). Development of a catastrophic cognitions questionnaire. *Journal of Anxiety Disorders, 6*, 305-318.
- Marcaurette, R., Bélanger, C., y Marchand, A. (2003). Marital relationship and the treatment of panic disorder with agoraphobia: A critical review. *Clinical Psychology Review, 23*, 247-276.
- Mattis, S.G., y Ollendick, T.H. (2002). Nonclinical panic attacks in late adolescence prevalence and associated psychopathology. *Journal of Anxiety Disorders, 16*, 351-367.
- McCaulay y Kleinknecht, R.A. (1989). Panic and panic attacks in adolescents. *Journal of Anxiety Disorders, 3*, 221-241.
- Norton, G.R., Cairns, S.L., Wozney, K.A., y Malan, J. (1988). Panic attacks and psychopathology in nonclinical panickers. *Journal of Anxiety Disorders, 2*, 319-331.
- Norton, G.R., Cox, B.J., y Malan, J. (1992). Nonclinical panickers: A critical review. *Clinical Psychology Review, 12*, 121-139.
- Norton, G.R., Dorward, J., y Cox, B.J. (1986). Factors associated with panic attacks in nonclinical subjects. *Behavior Therapy, 17*, 239-252.
- Norton, G.R., Harrison, B., Hauch, J., y Rhodes, L. (1985). Characteristics of people with infrequent panic attacks. *Journal of Abnormal Psychology, 94*, 216-221.
- Rapee, R.M., Sanderson, W.C., McCauley, P. A., y Di Nardo, P.A. (1992). Differences in reported symptom profile between panic disorder and other DSM-III-R anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy, 30*, 45-52.
- Sandín, B. (1997). *Ansiedad, miedos y fobias en niños y adolescentes*. Madrid: Dykinson.
- Sandín, B., y Chorot, P. (1995). Síndromes clínicos de la ansiedad. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología, Vol. 2* (pp. 81-112). Madrid: McGraw-Hill.
- Sandín, B., y Chorot, P. (1997). *Cuestionario de Pánico y Agorafobia (CPA)*. Madrid: UNED (policopiado).
- Sandín, B., Valiente, R.M., y Sánchez-Arribas, C. (1998). *Características emocionales asociadas a los ataques de pánico en los adolescentes*. Ponencia de Simposio. World Congress of Behavioral and Cognitive Therapies/Congreso Mundial de Terapias Cognoscitivas y Conductuales. Acapulco (México), 21-26 de julio, p. 24 (Actas de Congreso).
- Taylor, S. (2000). *Understanding and treating panic disorder: Cognitive-behavioral approaches*. New York, NY: Wiley.
- Telch, M.J., Lucas, J.A., y Nelson, P. (1989). Nonclinical panic in college students: An investigation of prevalence and sympto-

- matology. *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 300-306.
- Valiente, R.M., Sandín, B., y Chorot, P. (2003). *Entrevista para el diagnóstico de los trastornos de ansiedad: ADIS-M*. Madrid: Klinik.
- Whittal, M.L., Suchday, S., y Goetsch, V.L. (1994). The Panic Attack Questionnaire: Factor analysis of symptom profiles and characteristics of undergraduates who panic. *Journal of Anxiety Disorders*, 8, 237-245.
- Wittchen, H.U., y Essau, C.A. (1993). Epidemiology of panic disorder: Progress and unresolved issues. *Journal of Psychiatric Research*, 27 (Suppl. 1), 47-68.

ANEXO I
Cuestionario de Pánico y Agorafobia (CPA)
 B. Sandín y P. Chorot (1997)

Nombre Edad Sexo: Hombre
 Mujer

La crisis de angustia no es un estado general de ansiedad o nerviosismo que todos experimentamos en ciertos momentos o situaciones, como por ejemplo las preocupaciones por el trabajo o los estudios, o la ansiedad normal ante un examen, etc. Una **crisis de angustia** es una experiencia de **molestia o miedo** que surge de forma repentina junto a sensaciones especiales como **dificultad para respirar, taquicardia, opresión en el pecho, palpitaciones, temblores, sudoración, mareos**, y otras reacciones semejantes.

Las crisis de angustia suelen ser más frecuentes en unas personas que en otras, y también en unas personas se manifiestan de forma más intensa que en otras. Así por ejemplo, mientras que en unos casos la crisis de angustia puede estar acompañada de muchos síntomas como los indicados, e incluso de intenso miedo o terror, en otros casos las personas sólo experimentan la sensación repentina de **molestia** y únicamente **uno o dos síntomas** como los indicados.

1. ¿Cuántas crisis de angustia recuerda haber tenido en su vida?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ó más

En el caso de que no haya tenido nunca ninguna crisis de angustia, pase a la pregunta nº 30 y continúe

2. Por favor, indique con qué intensidad suele experimentar cada uno de los siguientes síntomas durante sus crisis de angustia (marque el 0 si no ha experimentado el síntoma):

	Ninguna	Poca	Bastante	Mucha	Muchísima
1. Miedo	0	1	2	3	4
2. Molestia o malestar.....	0	1	2	3	4
3. Latidos fuertes o rápidos del corazón	0	1	2	3	4
4. Sudores	0	1	2	3	4
5. Temblores o sacudidas de brazos o piernas.....	0	1	2	3	4
6. Sensaciones de falta de aire, ahogo o asfixia.....	0	1	2	3	4
7. Sensación de atragantarse	0	1	2	3	4
8. Dolor o molestias en el pecho	0	1	2	3	4
9. Sensación de vómitos o malestar en estómago ...	0	1	2	3	4
10. Vértigos, mareos o sensación de inestabilidad..	0	1	2	3	4
11. Sensación de irrealidad o de estar en un sueño ..	0	1	2	3	4
12. Miedo a perder el control	0	1	2	3	4
13. Miedo a volverse loco/a	0	1	2	3	4
14. Miedo a morir	0	1	2	3	4
15. Hormigueo o adormecimiento en cara, manos o pies	0	1	2	3	4
16. Escalofríos o sofocaciones (reacciones de frío o calor)	0	1	2	3	4
17. Sensaciones de desmayo	0	1	2	3	4

3. ¿Qué edad tenía cuando tuvo su primera crisis de angustia? ____ Años ____ Meses
4. ¿Cuántas crisis de angustia ha tenido durante el último año?
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ó más
5. ¿Cuántas crisis de angustia ha tenido durante el último mes?
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ó más
6. ¿Cuánto tiempo hace que tuvo su última crisis de angustia? ____ Años ____ Meses ____ Días
7. ¿Cuántas crisis de angustia ha tenido de forma inesperada, sin sospecharlo?
 Todas Muchas Algunas Pocas Ninguna
8. ¿Cuántas crisis le han ocurrido sólo en algunos sitios o ante situaciones que le dan miedo?
 Todas Muchas Algunas Pocas Ninguna
9. ¿Qué gravedad cree que tienen sus crisis de angustia?
 Todas Muchas Algunas Pocas Ninguna
10. Cuando tiene las primeras señales de que va a comenzar una posible crisis de angustia (p.ej., alguna sensación, algún pensamiento, un lugar donde se encuentre, etc.), ¿hasta qué punto confía en su propia capacidad para evitar tener la crisis? (rodee el nº que corresponda):
 Nada Poco Bastante Mucho Totalmente
11. Cuando ya está experimentando los síntomas de la crisis, ¿hasta qué punto confía en su propia capacidad para controlar la crisis y lograr que finalice? (rodee el nº que corresponda):
 Nada Poco Bastante Mucho Totalmente
12. ¿Cómo ha tratado de controlar o cómo ha reaccionado a sus crisis? ¿Indique qué ha hecho habitualmente?
- | | |
|----------|----------|
| 1º _____ | 4º _____ |
| 2º _____ | 5º _____ |
| 3º _____ | 6º _____ |
13. ¿Hay alguna cosa que le de miedo o le moleste justo antes de que empiecen las crisis (por ejemplo, algo que haya donde usted se encuentre, algo que ocurra en su cuerpo, algo que piense, etc.? Sí No
- Si ha marcado el *Sí*, por favor indique qué son esas cosas (escriba primero las más importantes):
- | | |
|----------|----------|
| 1º _____ | 4º _____ |
| 2º _____ | 5º _____ |
| 3º _____ | 6º _____ |

14. ¿Qué ocurrió cuando tuvo la primera crisis de angustia?

- a. ¿Dónde estaba y qué hacía? _____
- b. ¿A qué tenía miedo o qué le preocupaba? _____
- c. ¿Cómo empezó? _____
- d. ¿Cómo reaccionó, qué hizo? _____

15. ¿Alguna vez ha tenido crisis de angustia en otros lugares o situaciones? Sí No

Si ha marcado el *Sí*, por favor indique en qué situaciones (primero los sitios donde más veces le haya ocurrido):

- | | |
|----------|----------|
| 1º _____ | 4º _____ |
| 2º _____ | 5º _____ |
| 3º _____ | 6º _____ |

16. Cuando tiene una crisis en alguno de los lugares que ha indicado, ¿hasta qué punto confía en su propia capacidad para controlar la crisis sin tener que escapar de esa situación?

- Nada Poco Bastante Mucho Totalmente

17. Cuando tiene una crisis de angustia, ¿cuánto tiempo suele pasar desde que empieza a notar los primeros síntomas hasta que la crisis alcanza la máxima fuerza?

- a. Sólo unos pocos minutos (entre 0 y 10 minutos).
- b. Entre 10 minutos y media hora.
- c. De media hora a una hora.
- d. Varias horas.

18. Durante el tiempo que experimenta las crisis de angustia, ¿qué suele pensar o creer que ocurrirá? (rodee el número que corresponda):

		<i>pocas</i>	<i>varias</i>	<i>casi</i>	
	<i>nunca</i>	<i>veces</i>	<i>veces</i>	<i>siempre</i>	<i>siempre</i>
1. Que tendrá un ataque al corazón	0	1	2	3	4
2. Que se desmayará	0	1	2	3	4
3. Que la gente se fijará en usted	0	1	2	3	4
4. Que su mente no funciona bien	0	1	2	3	4
5. Que no podrá respirar y se asfixiará	0	1	2	3	4
6. Que podrá dañarse	0	1	2	3	4
7. Que será una situación embarazosa	0	1	2	3	4
8. Que no podrá pensar o razonar	0	1	2	3	4
9. Que le ocurrirá algo malo en la cabeza	0	1	2	3	4
10. Que está gravemente enfermo/a	0	1	2	3	4
11. Que llamará la atención o hará el ridículo	0	1	2	3	4
12. Que se bloqueará mentalmente	0	1	2	3	4
13. Que necesitará ayuda	0	1	2	3	4
14. Que no podrá controlarse	0	1	2	3	4
15. Indique otros pensamientos que haya tenido:					
_____	0	1	2	3	4
_____	0	1	2	3	4

19. Cuando tiene estos pensamientos que ha señalado, ¿hasta qué punto confía en su propia capacidad para controlar la crisis de angustia? (rodee el nº que corresponda):

- Nada Poco Bastante Mucho Totalmente

20. ¿Cuántas de sus crisis de angustia han empezado repentinamente y en poco tiempo (primeros 10 minutos) ya experimenta las sensaciones más fuertes?

- Todas Muchas Algunas Pocas Ninguna

21. ¿Cuánto tiempo duran aproximadamente sus crisis de angustia (desde que empiezan los síntomas hasta que desaparecen)?

- a. Sólo unos minutos (entre 0 y 10 minutos).
 b. Entre 10 minutos y media hora.
 c. De media hora a una hora.
 d. Varias horas.

22. ¿Se siente preocupado/a porque pueda volver a tener nuevas crisis? Sí No

1) Por favor, indique cuánto teme o le preocupa volver a tener nuevas crisis:

- Nada Poco Bastante Mucho Muchísimo

2) ¿Cuánto tiempo hace que tiene esta preocupación o temor? ___ Años ___ Meses ___ Días

23. ¿Se siente preocupado/a por cosas que pudieran ocurrirle debido a las crisis (como, por ejemplo, tener un infarto, no poder controlarse, volverse loco/a, etc.)? Sí No

1) Por favor, indique cuánto teme o le preocupa que pueda ocurrirle algo a causa de las crisis:

- Nada Poco Bastante Mucho Muchísimo

2) ¿Cuánto tiempo hace que tiene esta preocupación o temor? ___ Años ___ Meses ___ Días

24. ¿Se han producido cambios importantes en su vida a consecuencia de las crisis (por ejemplo, dejar de hacer cosas que antes hacía, no poder ir a algunos lugares, etc.)? Sí No

1) ¿Por favor, indique hasta qué punto las crisis de angustia han alterado su vida?

- Nada Poco Bastante Mucho Muchísimo

2) ¿Cuánto tiempo hace que le ocurre esto? ___ Años ___ Meses ___ Días

25. ¿En general, cuánto han afectado negativamente las crisis de angustia a sus *actividades laborales*? (p.ej., faltando al trabajo, no atendiendo algunas responsabilidades laborales, rindiendo menos en el trabajo, etc.):

- Nada Poco Bastante Mucho Muchísimo

26. ¿Cuánto han afectado negativamente las crisis de angustia a sus *relaciones sociales*? (p.ej., no salir con amigos, no asistir a reuniones o fiestas, dejar de ver a algunas personas, etc.):

- Nada Poco Bastante Mucho Muchísimo

27. ¿Cuánto han afectado negativamente las crisis de angustia a sus *relaciones familiares*? (p.ej., no pudiendo atender algunas responsabilidades familiares, creando nuevos problemas en la familia, etc.):

- Nada Poco Bastante Mucho Muchísimo

28. Por favor, señale hasta qué punto suele evitar las siguientes actividades por temor a experimentar síntomas de angustia. Conteste a cada actividad rodeando el nº que corresponda entre el 0 y el 4:

	0	1	2	3	4
No lo evito nunca	Sólo lo evito algunas veces	Lo evito bastantes veces	Lo evito casi siempre	Lo evito siempre	
1. Hacer deporte.....	0	1	2	3	4
2. Subir escaleras	0	1	2	3	4
3. Tomar café	0	1	2	3	4
4. Tomar una sauna	0	1	2	3	4
5. Ver ciertas películas	0	1	2	3	4
6. Bailar	0	1	2	3	4
7. Hacer gimnasia	0	1	2	3	4
8. Discutir	0	1	2	3	4
9. Ducharse con las puertas y ventanas cerradas ...	0	1	2	3	4
10. Tener relaciones sexuales	0	1	2	3	4
11. Salir de excursión	0	1	2	3	4
12. Asistir a eventos deportivos (fútbol, etc.)	0	1	2	3	4
13. Ponerse de pie bruscamente	0	1	2	3	4
14. Sitios calientes y poco ventilados (coche, habitación)	0	1	2	3	4
15. Pasear cuando hace mucho frío o calor	0	1	2	3	4
16. Tomar bebidas estimulantes (coca-cola, chocolate, etc.)	0	1	2	3	4
17. Tomar comidas fuertes o pesadas	0	1	2	3	4
18. Indique otras actividades que usted haya evitado:					
_____	0	1	2	3	4
_____	0	1	2	3	4

29. Señale hasta qué punto ha interferido en su vida el evitar o dejar de hacer estas cosas cotidianas, alterando sus relaciones familiares, su trabajo, sus relaciones sociales, o su bienestar personal:

- Nada Poco Bastante Mucho Muchísimo

30. Algunas personas sienten ansiedad o miedo a algunos lugares concretos, por temor a tener allí alguna crisis de angustia o por miedo a encontrarse mal o experimentar allí síntomas semejantes a los de la angustia (por ejemplo, desmayarse, diarrea, vómitos, dolor de cabeza, etc.). ¿Le ocurre esto a usted? Sí No

Por favor, conteste de la siguiente forma en relación con las situaciones o lugares que se indican a continuación:

- 1) Primero indique cuánto miedo o ansiedad siente en cada situación cuando no está acompañado.
- 2) A continuación indique cuánto suele evitar cada una de las situaciones.

Conteste escribiendo siempre un nº entre el 0 y el 4, según la siguiente valoración:

0 = Nada 1 = Poco 2 = Bastante 3 = Mucho 4 = Muchísimo

	<i>Miedo o ansiedad que siente</i>	<i>Cuánto suele evitarlo</i>
1. Los hospitales		
2. Los centros comerciales.....		
3. Las tiendas o los comercios pequeños		
4. Los cines o los teatros.....		
5. Los restaurantes o las cafeterías		
6. Los museos.....		
7. Los garajes		
8. Los estadios de fútbol o recintos similares.....		
9. Los auditorios (de música, de conferencias, etc.)		
10. Las iglesias		
11. Viajar en metro.....		
12. Pasar por un puente.....		
13. Los ascensores		
14. Viajar en avión		
15. Tomar el autobús		
16. Viajar en tren o en autocar		
17. Conducir o viajar en coche.....		
18. Estar solo/a en casa.....		
19. Los lugares altos (rascacielos, torres, etc.).....		
20. Los sitios cerrados (túneles, etc.).....		
21. Las calles o las plazas.....		
22. Estar lejos de casa		
23. Hacer cola (p.ej., en un centro comercial)		
24. Estar entre mucha gente (fiestas, reuniones, etc.)		
25. <i>Indique otros sitios en los que se haya sentido mal:</i>		
_____	_____	_____
_____	_____	_____

31. ¿Cuánto tiempo hace que teme o evita estos sitios? ___ Años ___ Meses ___ Días

32. Por el hecho de evitar o sentirse mal en estos sitios:

1) ¿Cuánto ha afectado negativamente a sus *actividades laborales*? (p.ej., faltando al trabajo, no pudiendo atender algunas responsabilidades laborales, rindiendo menos en el trabajo, etc.):

Nada Poco Bastante Mucho Muchísimo

2) ¿Cuánto ha afectado negativamente a sus *relaciones sociales*? (p.ej., viéndose menos con los amigos):

Nada Poco Bastante Mucho Muchísimo

3) ¿Cuánto ha afectado negativamente a sus *relaciones familiares*? (p.ej., apareciendo nuevos problemas en casa o con la pareja, no pudiendo ir a ciertos sitios con la familia, etc.):

Nada Poco Bastante Mucho Muchísimo

33. ¿Están sus padres separados o divorciados?

No

Sí ¿Cuánto tiempo hace? __ Años __ Meses

34. ¿Es Ud. soltero/a, casado/a o divorciado/a?

Soltero

Casado ¿Cuánto tiempo hace? __ Años __ Meses

Divorciado/separado ¿Cuánto tiempo hace? __ Años __ Meses

35. ¿Alguno de sus familiares próximos ha muerto recientemente?

No

Sí ¿Cuánto tiempo hace? __ Años __ Meses

36. ¿Ha cambiado últimamente de trabajo?

No

Sí ¿Cuánto tiempo hace? __ Años __ Meses

37. ¿Recientemente ha estado gravemente enfermo/a?

No

Sí ¿Cuánto tiempo hace? __ Años __ Meses

¿Qué enfermedad tuvo? _____

38. ¿Ha estado gravemente enfermo algún familiar?

No

Sí ¿Cuánto tiempo hace? __ Años __ Meses

¿Qué enfermedad tuvo? _____

39. Por favor indique cualquier otro suceso estresante importante que haya vivido (p.ej., pérdida del trabajo, accidente, robo, separación, violencia familiar, maltrato durante la infancia, etc.):

Suceso	Ocurrió hace (indique años y/o meses)	
.....	___ Años	___ Meses
.....	___ Años	___ Meses
.....	___ Años	___ Meses
.....	___ Años	___ Meses
.....	___ Años	___ Meses

40. ¿Alguno de sus familiares ha sufrido crisis de angustia? (si no tiene padre, madre, etc., marque en "no aplicable").

	<i>Sí</i>	<i>No</i>	<i>No aplicable</i>
Madre	___	___	___
Padre	___	___	___
Hermano(s)	___	___	___
Hermana(s)	___	___	___