



**Nueva modalidad
de suscripción**
Más económica, más cómoda, más práctica

MEDICINA CLÍNICA

Sábado 25 Abril 1998. Número 14- Volumen 110 p. 524 - 528

Originales

Subtipificación de los trastornos de pánico en función de sus síntomas

Juan Seguí^a Luis Salvador-Carulla^b Luis García^c Jaume Canet^d Mercedes Ortiz^d Josep Maria Farré^e

^aSección de Psiquiatría. Hospital General de La Alianza. Barcelona.

^bControl de Gestión. Hospital General de La Alianza. Barcelona.

^cProfesor de Psiquiatría. Universidad de Cádiz. Centro de Investigación en Minusvalías. Jerez. Cádiz.

^dPsicólogos Clínicos. PSINEP. Barcelona.

^eServicio de Psiquiatría y Medicina Psicosomática Institut Dexeus. Barcelona

Fundamento: El trastorno de pánico (TP) o trastorno por angustia (TA) es una enfermedad frecuente que se asocia a un alto nivel de discapacidad y que en muchas ocasiones determina una utilización inadecuada de servicios sanitarios no psiquiátricos. Una mayor comprensión de su subtipificación puede contribuir a un mejor diagnóstico no sólo en el medio psiquiátrico, sino también en medicina general. Este estudio pretende evaluar la frecuencia, la intensidad y la agrupación factorial de los síntomas del TP en un entorno natural.

Pacientes y Métodos: Todos los casos consecutivos de TP (n = 442) atendidos en dos centros de Barcelona fueron evaluados por dos entrevistadores experimentados. La evaluación incluyó la entrevista estructurada SCID-UP-R y un listado de síntomas del TP basado en el DSM-III-R.

Resultados: Los síntomas referidos con más frecuencia por los pacientes fueron palpitaciones (86,7%), ahogo (76,5%), temor a morir (69,9%) y mareo (63,6%). El análisis factorial de componentes principales produjo 4 factores que explicaban un 56% de la variancia: «cardiorrespiratorio» (23,2%), «despersonalización-desrealización» (15,8%), «vestibular» (10%) y «mixto» (7%).

Conclusiones: En un entorno natural, la frecuencia de los síntomas debidos a TP o TA resultó similar a la hallada en estudios previos. Las diferencias encontradas se pueden atribuir a factores transculturales, problemas terminológicos y al rango de síntomas evaluado. Los factores encontrados apoyan la subtipificación de este trastorno en función de sus síntomas en 3 grupos caracterizados por síntomas de predominio cardiorrespiratorio y miedo a morir, cognitivo (despersonalización-desrealización) y vestibular (mareo-inestabilidad y sensación de desvanecimiento).

Subtyping panic disorders according to their symptoms

Background: Panic disorder (PD) is a common illness associated with high levels of disability and with a high utilisation of non-psychiatric health services which is inefficient in most cases. A better understanding of the clinical subtyping of PD may improve diagnosis both in psychiatric and medical settings. The present study is aimed at assessing the frequency, factorial grouping and comorbidity of PD symptoms in a naturalistic sample of patients.

Patients and methods: All consecutive cases of PD (n = 442) who contacted with two outpatient clinics in Barcelona (Spain) were assessed by two experienced interviewers. Assessment instrument included SCID-UP-R interview and inventory of panic symptoms based on DSM-III-R.

Results: Palpitations (86.7%), shortness of breath (76.5%), fear of dying (69.9%) and dizziness (63.6%) were the most frequent and intense symptoms reported by the PD patients. The principal component analysis revealed four factors which explained the 56% of the variance: «cardiorespiratory» (23.2%), «depersonalization-derealization» (15.8%), «vestibular» (10%) and «mixed» (7%).

Conclusions: The frequency of presentation of symptoms was similar to other studies. However some dissimilarities appeared that may be attributed to transcultural differences as well as terminological problems and the range of symptoms assessed. Factors found in the present study support the clinical subtyping of PD in 3 groups characterised by cardiorespiratory symptoms and fear of dying, cognitive symptoms

(depersonalization-derealization) and vestibular symptoms such as dizziness and faintness.

Med Clin (Barc) 1998; 110: 524-528

El trastorno de pánico (TP), también reconocido como trastorno por angustia (TA), es una entidad psiquiátrica frecuente, cuya prevalencia-vida se ha estimado entre el 1,6 y el 3,8% de la población general según diversos estudios¹⁻³. En nuestro país, un estudio reciente cifraba la prevalencia ponderada del TP en un 4,1%⁴. El TP se inicia en la juventud, alcanza su mayor nivel de prevalencia entre los 25 y los 44 años de edad y su frecuencia es dos veces mayor en mujeres que en varones⁴. Este trastorno se manifiesta por crisis paroxísticas de palpitaciones, presión precordial, disnea, síntomas neurovegetativos y sensación de muerte inminente. En otras ocasiones, la queja principal es la sensación de mareo, inestabilidad o desvanecimiento, con miedo a enloquecer o perder el control u otras manifestaciones como cefaleas o síntomas gastrointestinales. El trastorno se diagnostica cuando aparecen varias crisis en un mes, tal como se acepta en la CIE-10⁵, o una crisis seguida de ansiedad anticipatoria de más de un mes de duración como en el DSM-IV⁶. Las crisis no se limitan a situaciones fóbicas desencadenantes, lo que diferencia al TP de los trastornos fóbicos. Estas características clínicas hacen que los pacientes con TP suelen efectuar un largo recorrido a través de los servicios de urgencias y de las consultas de diversos especialistas antes del primer contacto psiquiátrico. En un estudio previo, el tiempo medio transcurrido desde la aparición del trastorno hasta su diagnóstico fue de 10 años⁷. Esto determina, por un lado, una elevada utilización de recursos sanitarios que en muchas ocasiones es ineficaz y se asocia a altos costes^{7,8} y, por otro, una necesidad de perfilar el diagnóstico clínico del trastorno de la forma más ajustada posible.

Paradójicamente, el estudio cuantitativo de los síntomas y de la subtipificación del TP ha recibido una atención inferior a la que ha despertado el estudio de sus aspectos biológicos y terapéuticos. De hecho, el listado de síntomas para su diagnóstico apenas se ha modificado desde que este trastorno se incluyó por primera vez en un sistema de diagnóstico psiquiátrico estandarizado hace 22 años (criterios RDC⁹). Este hecho contrasta con lo acaecido con otros trastornos como la depresión mayor y la esquizofrenia.

Sin embargo, en los últimos años, el interés por la subtipificación y el papel de los diferentes síntomas en el trastorno han progresado de forma significativa. Diversos autores han postulado la importancia de síntomas primordiales como el miedo al ahogo¹⁰ o la asfixia^{11,12} en la génesis del TP. Esta segunda hipótesis defendida por Klein^{11,12}, basada en que una amplia proporción de pacientes con TP experimentaban crisis de pánico al inhalar una mezcla de CO₂, sostiene que estos individuos tendrían unos quimiorreceptores hipersensibles al CO₂ en la médula espinal, lo que provocaría una extrema sensibilidad del sistema de alarma del tronco cerebral a la asfixia¹². Esta situación sería opuesta a la hiposensibilidad del sistema de alarma de asfixia que aparece en la enfermedad de Ondina, en la que los individuos pueden asfixiarse mientras duermen. Esta hipótesis explicaría la aparición de crisis de pánico en situaciones con altas concentraciones de CO₂, como en el sueño profundo no REM o en el período premenstrual¹².

También se ha planteado la existencia de síntomas de primer y segundo rangos, incluyendo entre los primeros a aquellos más frecuentes como palpitaciones, disnea, mareo o temblor, y entre los segundos al atagantamiento, el dolor torácico, las parestesias, las sofocaciones, la despersonalización y desrealización y las náuseas¹³. Las posibles diferencias de los TP con y sin agorafobia son objeto de debate¹³⁻¹⁵ e, igualmente, se pretende subtipificar aquellos TP con predominio de síntomas cardiorrespiratorios¹⁶, con síntomas vestibulares¹⁷, con síntomas gastrointestinales^{16,18} y con síntomas cognitivos de despersonalización-desrealización¹⁹, o aquellos con ausencia de sensación subjetiva de miedo²⁰. Por otra parte, se ha postulado la existencia de una secuencia estable de síntomas en el curso de las crisis, dividiéndolos en aquellos de aparición temprana, intermedia o tardía²¹, y las diferencias en la percepción de síntomas entre el autorregistro y la evaluación por observadores, los cambios en el curso del trastorno, las crisis con pocos síntomas²², o las variaciones transculturales²³.

Toda esta información apunta a una posible heterogeneidad del trastorno que no aparece recogida en los criterios de diagnóstico estandarizado utilizados en la actualidad, y pone en evidencia la falta de estudios de psicopatología cuantitativa que puedan refrendar la selección actual de los síntomas incluidos en los manuales de clasificación, así como el número y el umbral necesarios para codificar una crisis según dichos criterios²⁴⁻²⁶. A estas dudas sobre la homogeneidad del trastorno contribuyen los pocos datos procedentes de análisis de tipo factorial exploratorio efectuados hasta la fecha en TP.

El presente estudio pretende contribuir al conocimiento semiológico del TP, analizando la frecuencia, la intensidad y la distribución factorial de los síntomas habitualmente utilizados para el diagnóstico de TP en el

medio natural clínico, para determinar subtipos clínicos de esta enfermedad.

Pacientes y métodos

Se estudia una serie de 442 pacientes de uno y otro sexo, a partir de los 16 años de edad, afectados de TP, que han sido evaluados de forma consecutiva por un mismo equipo asistencial en las consultas externas de dos centros de una misma área urbana de entidades mutuales y de seguro libre. Estas entidades prestan asistencia al 24% de la población de Cataluña. Los centros de Barcelona incluidos en este estudio fueron la Sección de Psiquiatría del Hospital General de La Alianza y el Centro de Psicología, Neurología y Psiquiatría (PSINEP). Este centro está concertado con las principales aseguradoras sanitarias del área metropolitana de Barcelona. El período de estudio fue de 4 años a partir de la creación de dichas unidades (del 1 de marzo de 1991 al 28 de febrero de 1995).

La evaluación clínica fue efectuada por dos entrevistadores experimentados, un psiquiatra (J.S.) y un psicólogo clínico (J.C.), de acuerdo con los criterios del DSM-III-R²⁷. Se utilizó la entrevista Structural Clinical Interview for DSM-III-R (SCID-DSM-III-R) para el diagnóstico clínico²⁸. Se comparó la fiabilidad de los diagnósticos en 30 sujetos por los dos evaluadores independientes, obteniendo un índice kappa de 0,8 para el eje I del DSM-III-R.

La intensidad y la frecuencia de los síntomas se evaluaron a través de un inventario de síntomas de ataque de pánico (ISAP), diseñado para este estudio. Se trata de un inventario de 15 ítems que recoge los 13 síntomas señalados en el DSM-III-R²⁷, separando «desvanecimiento» y «mareo», y «despersonalización» y «desrealización» en 4 ítems diferentes en lugar de dos. La gravedad de los síntomas era reflejada por el propio paciente al completar una escala autoadministrada de tipo analógico visual (Likert) que medía la intensidad de 0 (inexistente) a 3 (grave). La fiabilidad test-retest de dicha evaluación se valoró en 41 pacientes, y se obtuvieron índices kappa, según las recomendaciones dadas por Feinstein²⁹, casi perfectos (superiores a 0,80) para miedo a enloquecer, buenos (superiores a 0,60) para el resto de ítems y moderados (menos de 0,60) sólo para disnea, palpitaciones y dolor torácico. Dado que se trataba de un inventario adaptado de un sistema de diagnóstico ya traducido en castellano, y del que no se extraían puntuaciones globales, no se efectuaron otras pruebas psicométricas.

Análisis estadístico

Las pruebas estadísticas utilizadas fueron la t de Student para variables continuas y la χ^2 con la corrección de Yates o el test de Fisher, cuando fue necesario usarlo, para variables categóricas. Cuando las variables continuas no seguían la ley de la normalidad según la prueba de Kolmogorov-Smirnov, se utilizó la prueba no paramétrica de la U de Mann-Whitney. El mínimo nivel de significación exigido fue de $p < 0,05$. El paquete estadístico utilizado fue el SPSS versión 6.0.

Se efectuó un análisis factorial exploratorio de componentes principales con rotación Varimax de los 15 ítems del cuestionario. El número de factores se determinó al aplicar el criterio de un valor propio (*eigen value*) superior a 1.

Resultados

Características generales de la muestra

Un 76,4% de la muestra fueron mujeres. La edad en el momento de la entrevista fue de $40,7 \pm 14,5$ años. El 24,8% eran solteros, el 65,6% casados, el 5,4% separados y el 4% viudos. La edad media de inicio del TP fue de $32,8 \pm 13,8$ años. El 62,1% de los pacientes (n: 274) procedían del Hospital General de La Alianza. La edad actual fue superior en este centro ($X \pm$ desviación estándar [DE]: $44,1 \pm 15,5$) con respecto al PSINEP ($35,2 \pm 10,9$); $p < 0,001$). Los pacientes asistidos en el primer centro referían una edad de inicio del TP más tardía ($36,0 \pm 14,8$ frente a $27,7 \pm 10,2$; $p < 0,001$). Ello es atribuible a que la edad media de los asociados de La Alianza es bastante más elevada que la del resto de entidades aseguradoras en Cataluña.

Distribución de los síntomas asociados a las crisis de pánico

Los síntomas más frecuentes referidos por los pacientes fueron: palpitaciones (86,7%), disnea (76,5%), miedo a morir (69,9%), mareo (63,6%), dolor torácico (60,4%), temblor (58,6%), desvanecimiento (56,1%), sudación (55,2%), parestesias o sensación de hormigueo (50,7%) y sensación de calor (49,5%), y los más infrecuentes: aturdimiento (39,6%), náuseas (30,8%), despersonalización (29%) o desrealización (27,4%).

y miedo a enloquecer (26,9%). Estos síntomas fueron también los más intensos: palpitaciones (2,2 ± 1), disnea (1,8 ± 1,2), miedo a morir (1,7 ± 1,27), mareo (1,5 ± 1,3) y dolor torácico (1,5 ± 1,3).

No se encontraron diferencias entre la distribución de los síntomas en función del sexo, salvo en la disnea, que fue más frecuente en las mujeres (p < 0,05). En cuanto a la intensidad de los síntomas, tampoco se evidenciaron diferencias significativas entre los dos sexos.

También se examinó la relación de síntomas específicos al comparar grupos de pacientes con TP con agorafobia (se incluyen aquí los subtipos con algún tipo de evitación fóbica, ya sea limitada o grave) y de TP no complicado (sin ningún grado de agorafobia). Los pacientes agorafóbicos presentaron con más frecuencia disnea (p < 0,05), sensación de inestabilidad (p < 0,05), desvanecimiento (p < 0,01) y miedo a enloquecer (p < 0,05). Los pacientes con agorafobia refirieron una mayor intensidad de la disnea (p < 0,05), mareo (p < 0,01), desvanecimiento (p < 0,01) y sensación de hormigueo (p < 0,05), sofocación (calor) (p < 0,05) y sudación (p < 0,05) (tabla 1).

TABLA 1

Diferencias en la frecuencia e intensidad de los síntomas entre los dos grupos de pacientes con trastornos de pánico según el grado de agorafobia

Síntomas	Frecuencia		Intensidad	
	No complicado (n = 91) Número de casos (%)	Agorafobia (n = 351) Número de casos (%)	No complicado (n = 91) Medio (DE)	Agorafobia (n = 351) Medio (DE)
Crises	62 (68,1)	276 (78,6)*	1,63 (1,23)	1,34 (1,18)*
Atragantamiento	31 (34,1)	144 (41,0)	0,63 (0,92)	0,85 (1,10)
Palpitaciones	78 (85,7)	305 (86,9)	2,20 (1,98)	2,29 (1,10)
Dolor torácico	54 (59,3)	213 (60,7)	1,34 (1,22)	1,41 (1,26)
Sudación	43 (47,3)	201 (57,3)	0,92 (1,03)	1,19 (1,12)*
Mareo	49 (53,8)	232 (66,1)**	1,18 (1,25)	1,29 (1,30)**
Desvanecimiento	44 (48,4)	204 (58,1)*	0,81 (0,95)	1,17 (1,13)**
Músculos	25 (27,4)	111 (31,6)	0,20 (0,89)	0,28 (0,93)
Despersonalización	20 (22,0)	102 (29,0)	0,40 (0,81)	0,60 (0,96)
Desrealización	21 (23,0)	100 (28,5)	0,42 (0,81)	0,36 (0,97)
Hormigueo	43 (46,8)	182 (52,1)	0,62 (1,01)	1,11 (1,16)*
Calor	38 (41,8)	181 (51,6)	0,69 (0,93)	0,38 (1,05)*
Temblores	50 (54,9)	209 (59,5)	1,11 (1,08)	1,27 (1,12)
Miedo a morir	67 (73,6)	242 (69,3)	1,71 (1,33)	1,75 (1,29)
Miedo a enloquecer	17 (18,7)	102 (29,1)*	0,46 (1,01)	0,68 (1,12)

La intensidad de los síntomas se evalúa: 0 = no ocurre, 1 = leve, 2 = moderado, 3 = grave. *p < 0,05. **p < 0,01

Al analizar 3 grupos de edad (< 40, 40-60 y > 60 años), se evidenció un decremento significativo tanto en la intensidad (excepto para dolor torácico, desvanecimiento y mareo) como en la frecuencia de los síntomas de las crisis de pánico (excepto para dolor torácico, desvanecimiento, mareo y miedo a morir) (tabla 2).

TABLA 2

Diferencias en la frecuencia e intensidad de los síntomas entre los tres grupos de las pacientes con trastornos de pánico (TP) según la edad de inicio del mismo

Síntomas	Frecuencia			Intensidad		
	< 40 años (n = 323) Número de casos (%)	40-60 años (n = 503) Número de casos (%)	> 60 años (n = 217) Número de casos (%)	< 40 años (n = 323)	40-60 años (n = 503)	> 60 años (n = 217)
Crises	252 (77,8)	69 (13,7)	14 (6,4)**	1,61 (1,19)	1,61 (1,15)	1,31 (1,22)**
Atragantamiento	141 (43,8)	22 (4,4)	6 (2,8)*	0,39 (0,95)	0,61 (1,02)	0,41 (0,90)*
Palpitaciones	292 (90,7)	73 (14,5)	31 (14,3)**	2,46 (2,06)	2,09 (1,10)	1,64 (1,19)**
Dolor torácico	204 (63,2)	42 (8,3)	11 (5,1)**	1,46 (1,02)	1,31 (1,36)	1,00 (1,31)
Sudación	200 (62,2)	36 (7,1)	5 (2,3)**	1,26 (1,11)	0,63 (1,10)	0,61 (0,93)**
Desvanecimiento	190 (58,8)	42 (8,3)	36 (16,6)	1,25 (1,21)	0,50 (1,00)	1,31 (1,09)
Mareo	214 (66,3)	49 (9,7)	30 (13,8)**	1,47 (1,28)	1,30 (1,29)	1,59 (1,32)
Músculos	114 (35,3)	17 (3,4)	2 (0,9)**	0,62 (0,92)	0,34 (0,73)	0,38 (0,92)**
Despersonalización	110 (34,1)	15 (3,0)	2 (0,9)**	0,85 (1,05)	0,31 (0,72)	0,28 (0,68)**
Desrealización	126 (39,0)	13 (2,6)	3 (1,4)**	0,62 (0,90)	0,26 (0,70)	0,30 (0,67)**
Hormigueo	178 (55,1)	36 (7,1)	8 (3,7)**	1,04 (1,18)	0,69 (1,04)	0,67 (1,07)**
Calor	187 (58,2)	22 (4,4)	9 (4,1)**	1,68 (1,66)	0,44 (0,81)	0,69 (1,08)**
Temblores	210 (64,4)	40 (8,0)	9 (4,1)**	1,17 (1,12)	0,82 (1,11)	0,67 (1,00)**
Miedo a morir	274 (84,8)	61 (12,1)	14 (6,4)**	2,03 (1,27)	1,88 (1,24)	1,22 (1,31)**
Miedo a enloquecer	100 (31,0)	11 (2,2)	2 (0,9)**	0,75 (1,12)	0,31 (0,68)	0,32 (0,64)**

La intensidad de los síntomas se evalúa: 0 = no ocurre, 1 = leve, 2 = moderado, 3 = grave. *p < 0,05. **p < 0,01. ***p < 0,001

Análisis factorial

El análisis de componentes principales utilizando la rotación de Varimax detectó cuatro factores que explicaban el 56% de la variancia (tabla 3).

TABLA 3

Análisis de componentes principales con rotación de Varimax de la escala de síntomas del pánico (ISAP)

Síntomas	Factor 1, cardiarritmias	Factor 2, despersonalización	Factor 3, vertigines	Factor 4, miedo
Crises	0,54			
Atragantamiento				0,75
Palpitaciones	0,66			
Dolor torácico	0,58			
Sudación	0,55			
Desvanecimiento			0,69	
Mareo			0,69	
Músculos				0,54
Despersonalización		0,95		
Desrealización		0,95		
Hormigueo	0,70			
Calor	0,61			
Temblores	0,66			
Miedo a morir	0,53			
Miedo a enloquecer				0,46
Valor propio	3,49	2,37	1,51	1,05
Porcentaje de variancia total (56%)	23,2	15,8	10,0	7,0

El primer factor determinó el 23,2% de esta variancia y se relacionó con un grupo de síntomas de tipo cardiorrespiratorio. Los síntomas con mayor coeficiente fueron: parestesias, palpitaciones, temblor, sofocación, dolor torácico, sudación y disnea. También aparece en este factor un síntoma cognitivo (miedo a morir).

El segundo factor determina un 15,8% de la variancia y se compone de los síntomas de despersonalización y desrealización. El tercer factor explica el 10% de la variancia e incluye síntomas vestibulares como el mareo y la sensación de desvanecimiento. El cuarto sería un factor «mixto» de síntomas como el atragantamiento, las náuseas y el miedo a enloquecer o perder el control.

Discusión

La frecuencia de presentación de los síntomas de pánico es similar a la encontrada en otros estudios clínicos^{13-15,22,24,30,31}, salvo en la frecuencia de síntomas cognitivos. En nuestra muestra, el miedo a morir aparecía con más frecuencia, mientras que el miedo a enloquecer o a perder el control se refería más raramente. Esta discrepancia con respecto a estudios anteriores se puede relacionar con factores transculturales. Algunos autores han señalado una diferente expresión de síntomas del TP como el miedo a morir, que es menos frecuente en poblaciones anglosajonas y del norte de Europa que en poblaciones latinas³².

La ausencia de diferencias intersexuales en cuanto a la frecuencia y la intensidad de los síntomas halladas en este estudio coincide con lo señalado previamente por Cox et al¹⁵.

La menor intensidad de los síntomas en la edad avanzada, también descrita con anterioridad³³, se ha relacionado con el descenso de la actividad noradrenérgica en el anciano³⁴, y plantea la posibilidad de que este trastorno, al igual que la depresión mayor, presente características específicas en este grupo de población que requieren un estudio pormenorizado en el futuro.

Cox et al¹⁵ no hallaron ninguna relación entre la intensidad de los síntomas y la agorafobia, mientras que Starcevic et al¹³ coinciden con nosotros en señalar una mayor frecuencia y gravedad de diversos síntomas en los pacientes con agorafobia. Estos autores sugieren la existencia de una relación de causalidad entre algunos síntomas cognitivos, como la despersonalización y el miedo a perder el control, con la aparición de agorafobia. Por el contrario, la CIE-10⁵ considera el TP como secundario a la agorafobia cuando coinciden ambos diagnósticos.

La valoración semiológica del TP se ha visto dificultada por la carencia de un número suficiente de publicaciones sobre el tema, en especial para la tipificación de los diferentes subgrupos clínicos. De hecho, 6 estudios aportan un análisis factorial exploratorio^{15,35-39} y ninguno de ellos aplica técnicas de análisis confirmatorio. Hasta la fecha, la mayoría de estudios publicados se refieren a estados de ansiedad aguda en muestras muy heterogéneas de pacientes. La mayoría detectan factores de tipo cardiorrespiratorios (disnea, atragantamiento, dolor torácico y palpitaciones), vestibular (desvanecimiento o mareo) o cognitivos (miedo a morir y miedo a enloquecer). Uno de los estudios mencionados se refiere exclusivamente a pacientes con TP¹⁵. Estos autores detectaron tres factores que explicaban un 46,7% de la variancia. El factor más importante fue la agrupación de síntomas de «mareo» (determina el 28% de la variancia), seguido del cardiorrespiratorio (9,9%) y el cognitivo (8,7%). Existen diferencias notables en las agrupaciones encontradas por Cox et al¹⁵ y por nosotros. A ello pueden contribuir la diferente forma de evaluación, las diferencias en la expresión cultural y los aspectos relacionados con la traducción conceptual, ya que existen divergencias semánticas su tiles entre el concepto de *choking* en inglés y el de «atragantamiento» en es pañol. De igual forma, los términos *suffocation* y «sofocación» tienen significados dispares en ambos idiomas.

La asociación del síntoma cognitivo «miedo a morir» con el factor de síntomas cardiorrespiratorios coincide con lo encontrado por otros autores^{15,37}. De todas formas, el peso de este síntoma específico en el factor es pequeño (0,53), al igual que refieren Cox et al¹⁵ (0,40), aunque en el estudio de Kenardy et al³⁷ este es mucho más elevado (0,69). Por ello, para algún autor la cognición de miedo a morir se relacionaría con un factor general de síntomas de ansiedad más q ue con fuertes sensaciones físicas.

El miedo a enloquecer o perder el control se relaciona con otros síntomas como atragantamiento y náuseas. En este caso, el peso del factor de este síntoma también es muy bajo (0,46). Previamente, este sintoma se había relacionado con otros síntomas habitualmente catalogados como cognitivos (sensación de desrealización)^{15,37} y no con síntomas físicos de las características del nuestro.

La existencia de subtipos del trastorno complica el diagnóstico del cuadro, particularmente en aquellos medios clínicos sin una gran experiencia psiquiátrica, como ocurre en ocasiones en los servicios de urgencias y con frecuencia en las consultas médicas. La existencia de cuadros caracterizados por un predominio de inestabilidad-mareo o sensación de desvanecimiento, o bien por sensaciones de desrealización-despersonalización, es particularmente relevante para las consultas de neurología u ORL. En un estudio anterior, detectamos que las visitas al especialista en neurología eran las segundas en número efectuadas por pacientes con TP entre las consultas médicas no psiquiátricas⁴⁰.

Más de 30 años después de su categorización por Klein⁴¹, es sorprendente la poca bibliografía publicada sobre la semiología del trastorno en comparación con otros trastornos psiquiátricos, más cuando algunos datos apuntan a que pueda tratarse de una enfermedad heterogénea⁴² en la que coexisten diferentes subgrupos clínicos. Los resultados de estudios factoriales exploratorios como el presente son orientativos, deben ser refrendados por estudios de tipo confirmatorio y es evidente que requieren la utilización de inventarios de síntomas más amplios aún incluso que los utilizados por Cox et al¹⁵. La identificación de subtipos debe contrastarse con datos sobre el curso y desenlace del trastorno, sobre sus características biológicas y sobre su respuesta a los diversos tipos de tratamiento.

Agradecimiento

Este trabajo se ha financiado con una beca no restringida de Pharmacia-Upjohn.

Referencias Bibliográficas:

1. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. *JAMA* 1990; 264: 2.511-2.518
2. Panic and panic disorder in the United States. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 413-420
3. , Realini JP. Lifetime prevalence of panic states. , Realini JP. Lifetime prevalence of panic states. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 246-249
4. Estudio de prevalencias y asociación de laxitud articular y trastornos ansioso-fóbicos en el medio rural [tesis doctoral no publicada]. Barcelona: Universitat Autònoma, 1992
5. International Classification of Diseases (10.a revision). Ginebra: World Health Organization, 1992
6. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4.a ed.). Washington, D.C: American Psychiatric Association, 1994
7. Costs and offset effect in panic disorders. *Br J Psychiatry* 1995; 166 (Supl 27): 223-228
8. , Olfson M, Portera L. Service utilization and expenditures for the treatment of pa nic disorder. , Olfson M, Portera L. Service utilization and expenditures for the treatment of pa nic disorder. *Gen Hosp Psychiatry* 1997; 19: 82-88
9. Research diagnostic criteria for a selected group of functional disorders. Biometrics Research Division, Department of Psychiatry. Nueva York: University of Columbia, Nueva York, 1978
10. Panic attacks: Klein's false suffocation alarm, Taylor and Rachman's data, and Ley's dyspneic-fear theory. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53: 83
11. False suffocation alarms, spontaneous panics and related conditions: an integrative hypothesis. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50: 306-317
12. In reply to «Panic attacks: Klein's false suffocation alarm, Taylor and Rachman's data, and Ley's dyspneic-fear theory». In reply to «Panic attacks: Klein's false suffocation alarm, Taylor and Rachman's data, and Ley's dyspneic-fear theory». *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53: 83-84
13. The phenomenology of panic attacks in panic disorder with and without agoraphobia. *Compr Psychiatry* 1993; 34: 36-41
14. Is agoraphobia a variant of panic disorder or a separate illness? *J Anxiety Disord* 1987; 1: 3-13
15. The symptom structure of panic attacks. *Compr Psychiatry* 1994; 35: 349-353
16. Symptom specificity in patients with panic. *Br J Psychiatry* 1990; 157: 593-597
17. Otoneurological examination in panic disorder and agoraphobia with panic attacks: a pilot study. *Am J Psychiatry* 1985; 142: 715-720
18. Panic disorder and gastrointestinal symptoms: findings from the NIMH Epidemiologic Catchment Area Project. *Am J Psychiatry* 1985; 142: 715-720

- Project. Am J Psychiatry 1994; 151: 64-70
19. Derealization and panic attacks: a clinical evaluation on 150 patients with panic disorder/agoraphobia. Derealization and panic attacks: a clinical evaluation on 150 patients with panic disorder/agoraphobia. Compr Psychiatry 1989; 30: 5-12
 20. Panic attacks without fear: an overview. Panic attacks without fear: an overview. Behav Res Ther 1990; 28: 469-479
 21. The sequence of panic symptoms. The sequence of panic symptoms. Fam Pract 1988; 26: 49-52
 22. Subject-described features of panic attacks using self-monitoring. Subject-described features of panic attacks using self-monitoring. J Anxiety Disord 1990; 4: 171-181
 23. Nerves attack and panic disorder. Nerves attack and panic disorder. Am J Psychiatry 1994; 151: 871-875
 24. Phenomenology of panic attacks: a descriptive study of panic disorder patients self-reports. Phenomenology of panic attacks: a descriptive study of panic disorder patients self-reports. J Clin Psychiatry 1988; 49: 8-1
 25. Critical analysis of the DSM-III-R classification of panic disorder: a survey of current opinions. Critical analysis of the DSM-III-R classification of panic disorder: a survey of current opinions. J Anxiety Disord 1992; 6: 159-167
 26. Continuous monitoring of panic. Continuous monitoring of panic. Acta Psychiatr Scand 1994; 90: 38-45
 27. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3.a ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association, 1987
 28. Structural Clinical Interview for DSM-III-R-patient version (SCID-P,7,1,85). Biometrics Research Department State. Nueva York: Psychiatric Institute, 1985
 29. Clinical epidemiology. Filadelfia: WB Saunders, 1985
 30. The phenomenon of panic. The phenomenon of panic. J Abnorm Psychol 1985; 94: 320-328
 31. Subtyping of panic disorder by symptom profile. Subtyping of panic disorder by symptom profile. Br J Psychiatry 1993; 163: 201-209
 32. Panic attacks and panic disorder in cross-cultural perspective. Panic attacks and panic disorder in cross-cultural perspective. Psychiatr Annals 1990; 20: 511-516
 33. Comparative phenomenology of early onset versus late onset panic attacks: a pilot survey. Comparative phenomenology of early onset versus late onset panic attacks: a pilot survey. Am J Psychiatry 1991; 148: 1.231-1.233
 34. Effects of age and alcoholism on the prevalence of panic disorder. Effects of age and alcoholism on the prevalence of panic disorder. Acta Psychiatr Scand 1992; 85: 77-82
 35. The nature of cognitions in panic disorder. The nature of cognitions in panic disorder. Behav Res Ther 1988; 26: 261-26
 36. Are anxiety symptoms and catastrophic cognitions directly related? J Anxiety Disord 1991; 5: 247-254
 37. The latent structure of anxiety symptoms in anxiety disorder. The latent structure of anxiety symptoms in anxiety disorder. Am J Psychiatry 1992; 149: 1.058-1.061
 38. Cardio-respiratory and other symptom clusters in panic disorder. Cardio-respiratory and other symptom clusters in panic disorder. Anxiety 1996; 2: 99-101
 39. The symptom structure of panic disorder: a trial using factor and cluster analysis. The symptom structure of panic disorder: a trial using factor and cluster analysis. Acta Psychiatr Scand 1996; 93: 80-86
 40. Uso de servicios, efecto de compensación y costes del trastorno de pánico. Uso de servicios, efecto de compensación y costes del trastorno de pánico. Med Clí (Barc) 1994; 103: 287-292
 41. Delineation of two drug-responsive anxiety syndromes. Delineation of two drug-responsive anxiety syndromes. Psychopharmacology 1964; 5: 397-408
 42. The many faces of pan: psychological and psychological differences among three types of panic attacks. The many faces of pan: psychological and psychological differences among three types of panic attacks. Behav Res Ther 1992; 30: 347-358