

TRASTORNO POR PÁNICO ESTUDIO CLÍNICO EN 45
PACIENTES EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO "DR. MARIO
MENDOZA

Américo Reyes-Ticas*, Carlos Sosa-Mendoza,**
Ana Barahona-Mejia**, Reynaldo Moncada-Landa**,
Alicia Paz-Fonseca**

RESUMEN. Se presenta el estudio de 45 pacientes del Hospital Psiquiátrico "Dr. Mario Mendoza" (Honduras), con trastorno por pánico, reportándose 64.7% del sexo femenino, con un promedio de edad de inicio del trastorno de 27.9 años. Los síntomas más frecuentes fueron de tipo cardíaco respiratorios, asociados a miedo a morir. La frecuencia de los ataques fue muy variable, aunque con tendencia a la presentación diaria, y la mayoría tuvo un tiempo de evolución mayor de seis meses. Asociados al trastorno por pánico se encontró parálisis del sueño y alucinaciones hipnagógicas e hipnopómpicas arriba de un 20% y antecedentes de ansiedad de separación y de enuresis en la infancia en un 15.5* y 2096 respectivamente. La complicación más frecuente fue la agorafobia. Todos los pacientes fueron vistos previamente por médicos, y solo en un 15% se había realizado el diagnóstico de trastorno por pánico.

Palabras Clave: Parálisis del sueño, enuresis, ansiedad, alucinaciones hipnagógicas/hipnopómpicas, pánico, agorafobia.

ABSTRACT. We present the study of 45 patients in the Psychiatric Hospital "Dr. Mario Mendoza" (HOND), with panic disorders, 67.7% were females, with an average age of 27.9 years at the beginning of the symptoms. The most frequent symptoms were cardio respiratory related, associated with the fear of death. The frequency of the attacks was very variable, with a daily tendency to occur, and most with an evolution period greater than 6 months. Associated to panic disorders we found sleep paralysis and hypnagogic and hypnopompic hallucinations over a 20%, and a background of separation

anxiety and enuresis as an infant in a 15.5% and 20% respectively. Agoraphobia was the most frequent complication. All the patients had been previously seen by physicians and diagnosis of panic disorder had only been practiced in a 15%.

Key Words; sleep paralysis, enuresis, anxiety, hypnagogic/hypnopompic, hallucinations, panic, agoraphobia.

INTRODUCCIÓN:

El trastorno por pánico o ansiedad paroxística episódica, se caracteriza por:

A. Ataques de pánico recurrentes que no se asocian de modo constante a una situación u objeto específico, y que a menudo se presenta en forma espontánea (es decir de un modo imprevisible). Los ataques no se deben a un ejercicio intenso o a la exposición de situaciones peligrosas o a amenazas para la vida.

B. Un ataque de pánico se caracteriza por todo lo siguiente: Un discreto episodio de temor o de malestar, se inicia bruscamente, alcanza su máxima intensidad en pocos segundos y dura algunos minutos, deben hallarse presentes por lo menos 4 de los síntomas listados a continuación, uno de los cuales debe ser de los Grupos a) a d)

Síntomas autonómicos: a) Palpitaciones o golpeteo del corazón o ritmo cardíaco acelerado, b) Escalofrío, c) Temblor o sacudidas, d) Sequedad de boca (no debida a medicación o deshidratación).

Síntomas relacionados en el pecho o abdomen:

e) Dificultad para respirar, f) Sensación de ahogo, g) Dolor o malestar en el pecho, h) Náuseas o malestar abdominal (p.e. estómago revuelto).

*Postgrado de Psiquiatría Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH). **Fisioterapeutas II año Postgrado de Psiquiatría UNAH

Bibliografía

1. Behrman RE. Nelson tratado de pediatría 14 ed. Editorial Internacional , 1992: 16-25, 136-53, 505-539
2. Indicadores básicos 1995. Sudación de Salud en las Ameritas. OPS/OMS.
3. Programa Madre Canguro. Comité inter Institucional, Hospital Escuela, ILHSS, iniciativa de Hospital UNICEF 1993:1.
4. Diaz Rosello JL. Lozano PM, Tenzer SM. Impaired growth of low birthweight infants in an early discharge program, primer Encuentro Internacional programa Madre canguro Ed. Gente Nueva 1992:283-306.
5. Feraudy PY, programa Madre Canguro Manejo Ambulatorio del recién Nacido de Bajo peso Hospital san Gabriel, la paz Bolivia Primer Encuentro Internacional programa Madre canguro Ed. Gente Nueva 1992: 153-175.
6. Gaviria M. programa Madre Canguro: evaluación e implementación Hospital san Jose de Turbo Antioquia Colombia. Primer Encuentro Internacional.
- Programa Madre canguro. Ed Gente Nueva 1992:107-125
7. Peñuela- olaya MA, Fernández carrocera LA, Velazco Pasilla M, Baptita Gonzáles H Udaeta Mora E. Curvas de crecimiento del neonato de termino en el primer año de vida. Bol med Hosp. Infant Mex 1991: 48:643-647.
8. Urquizo -Arestegui R. Evaluación del program Piloto "Madre Canguro2 Hospital San Bartola, lima Peru. Primer Encuentro Internacional Programa Madre canguro Ed. Gente Nueva, 1992 233-247.
9. Gómez LA programa Madre Canguro Evaluación de 2 años 1988-1990 Hospital Regional Caldas Antioquia, Colombia, Primer congreso Madre canguro Ed. Gente Nueva, 1992:91-106

Agradecimiento: Al Ing. Carlos Fernandez, Ing Jorge Chinchilla y Sra Lilian reyes de Casco: al personal de enfermería del programa Madre Canguro del Instituto Hondureño de Seguridad Social en la elaboración de este estudio.

Síntomas relacionados con el estado mental: i) Sensación de mareo, inestabilidad o desvanecimiento, j) Sensación de irrealidad (desrealización), o de sentirse fuera de la situación (despersonalización), k) Sensación de ir a perder el control, de volverse loco o de ir a perder el conocimiento 1) Hiedo de morir.

Sintomas generales: m) Oleadas de calor o escalofríos. n) Adormecimiento o sensación de hormigueo. (1)

Estudios epidemiológicos utilizando el DSM-III R, revelan que los ataques de pánico recurrentes se presentan en el 3% de la población, y los aislados en un 10%, La presencia del trastorno por pánico ha sido estimada en 1 a 2%. (2)

Estudios neuroanatómicos, neurofisiológicos y neuroquímicos demuestran la existencia de estructuras específicas del cerebro involucradas en la producción del pánico, como el locus coeruleus, la amígdala, el hipocampo, el sistema reticular y el neocórtex. (2)

La transmisión hereditaria juega un papel importante en la fisiopatología del trastorno. Dos tercios de los familiares en general, y el 15 al 25% de los parientes en primer grado de los enfermos con trastornos por pánico, padecen de dicho trastorno. (3)

La noradrenalina y la serotonina, son los neurotransmisores que más se han asociado con los ataques de pánico. (4-6)

La hiperactividad del locus coeruleus con sus abundantes conexiones cerebrales explican el cuadro clínico de los ataques de pánico: las áreas límbicas proporcionan el cortejo sintomatológico afectivo-Neurovegetativo; el neocórtex da el contenido interpretativo del evento; el sistema reticular, el estado de hiperalerta y la conexión con el cerebelo explican la reacción del temblor. (7)

En vista que en Honduras la clasificación internacional que está en vigencia es la novena edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9), en donde el trastorno por Pánico no es reconocido como una entidad propia sino como parte de los Estados de Ansiedad, y que las clasificaciones internacionales tales como el DSM-IV (1994) y la CIE-10 (1992) la consideran como un trastorno aparte con criterios diagnósticos bien definidos, se consideró de interés investigarla en el Hospital Psiquiátrico de agudos "DR. Mario Mendoza", de la ciudad de Tegucigalpa en donde esta patología no aparece reportada en los registros estadísticos.

El desconocimiento de este síndrome por el personal médico conlleva a la no identificación y consecuentemente a su

cronificación, a un deterioro de la calidad de vida, mortalidad prematura, comorbilidad psiquiátrica que incluye alcoholismo, farmacodependencia, depresión, trastornos fóbicos, trastornos somatormorfos y trastornos cardiovasculares que podrían ser evitados con manejo terapéutico oportuno. (7)

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de 51 pacientes que asistieron al servicio de Consulta Externa, que presentaban al momento de su evaluación antecedentes de ataques de pánico desde junio de 1993 hasta agosto de 1995, y a quienes se les realizó historia clínica completa, solamente 45 cumplían los parámetros clínicos del trastorno por pánico de acuerdo al manual de clasificación y criterios diagnósticos para investigación de la CIE-10, Los restantes 6 pacientes fueron excluidos por presentar ataques de pánico debidos a trastornos mentales orgánicos, esquizofrenia y trastornos del humor, Las variables estudiadas fueron sexo, edad de inicio, sintonías más frecuentes, tiempo de evolución, frecuencia de los ataques, trastornos del sueño, antecedentes en la infancia de ansiedad de separación y enuresis, antecedentes psiquiátricos familiares y complicaciones más frecuentes de trastorno por pánico.

RESULTADOS

La población estudiada correspondió en un 64,7% al sexo femenino y en 35.5% al sexo masculino. La edad de inicio de presentación de

CUADRO 1
SINTOMAS MAS FRECUENTES
DEL TRASTORNO POR PANICO

SINTOMA	PORCENTAJE
Dificultad para respirar.....	82.20%
Palpitación.....	80.00%
Miedo a morir.....	77.77%
Parestesias.....	55.33%
Sudoración.....	51.11%
Temblores.....	48.88%
Miedo a enloquecer.....	46.66%
Dolor Torácico.....	37.77%
Oleadas de calor.....	35.55%
Vértigo.....	35.55%
Oleadas de frío.....	33.33%
Náuseas.....	33.33%
Dolor abdominal.....	13.33%
Despersonalización y desrealización.....	11.11%

este trastorno se encontró, en una media aritmética, de 27.9 años, con un rango mínimo de edad de 11 años y máxima de 50 años.

Los síntomas que con mayor frecuencia fueron observados en el trastorno por pánico son; Dificultad para respirar 82.20%, Palpitación 80.0%, miedo a morir 77.77%, etc..(cuadro 1).

En cuanto al tiempo de evolución se encontró que el de menor evolución fue de un mes y el de mayor, de siete años, correspondiendo a una evolución crónica, es decir, mayor de seis meses, un 68.88%. (Cuadro 2)

La frecuencia de ataques encontrada en la población estudiada fue, en el grado de grave, en un 46%; moderado 10% y leve 44% ; la frecuencia varió desde cuatro al día a uno cada dos meses. (Cuadro 3)

En relación a los trastornos del sueño asociados a trastorno por pánico, se observó que un 26.66% presentaron parálisis del sueño y un 20% presentaron alucinaciones hipnagógicas y/o hipnopómpicas.

CUADRO 2		
TIEMPO DE EVOLUCION DEL TRASTORNO POR PANICO		
TIEMPO EN MESES		PORCENTAJE
0 - 6		31.12
7 - 12		20.00
> 13		48.88

Como factores precipitantes, el 91.2% no presentaron algún tipo de estresor tres meses previos al inicio del trastorno.

En antecedentes personales de la infancia encontramos que en 20% se presentó enuresis y en 15.% ansiedad de separación.

CUADRO 3		
GRAVEDAD DE LOS ATAQUES DE PANICO SEGUN FRECUENCIA		
GRAVEDAD		PORCENTAJE
Grave		
Al menos 4 ataques de pánico por semana en el periodo de cuatro semanas		46.00
Moderado		
Al menos 4 ataques de pánico en un periodo de cuatro semanas.		10.00
Leve		
Menos de 4 ataques al mes.		44.00

Respecto a los antecedentes psiquiátricos familiares se encontró que un 53.33% correspondió a abuso de alcohol y 74,44% a trastornos por pánico. (Cuadro 4)

Las complicaciones con mayor frecuencia encontradas fueron la agorafobia, con un 51.11% seguida por deterioro de la calidad de vida con un 26.66%. (Cuadro 5)

En relación a visitas médicas previas al diagnóstico de trastorno por pánico, se observó que un 33.33% de los pacientes habían visitado las salas de emergencia de un hospital y 68.88% habían visitado médicos generales. (Cuadro 6)

DISCUSIÓN

En este estudio se observó una proporción mujer-hombre de 2:1, similar a lo reportado en otras investigaciones. (7-10)

CUADRO 4	
ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS EN FAMILIARES EN PRIMER GRADO	
ANTECEDENTE	PORCENTAJE
TRASTORNO POR PANICO	74.44
ABUSO DE ALCOHOL	53.23
DEPRESION	22.22

La edad de inicio del trastorno por pánico varia considerablemente, pero su presentación típica ocurre en la adolescencia tardía y alrededor de los 30 años. (2,8)

En este estudio, la media aritmética fue de 27.7 años.

En un estudio multicéntrico realizado en España por Saiz y colaboradores (1986) han encontrado la distribución de los síntomas de un ataque de pánico, según su frecuencia, en: palpitaciones 81%, disnea 80,4% y 77.6% mareos y escalofríos.

Estos hallazgos coinciden con los de España en cuanto a una mayor frecuencia de síntomas cardiorrespiratorios, pero varían con los reportados por Klerman en Estados Unidos, en los que son más relevantes los síntomas digestivos. (11)

El trastorno por pánico es una enfermedad crónica tal como lo demuestran estudios de seguimiento de 6 a 10 años, en el que solamente el 30% de los pacientes estaban libres de síntomas (8,12)

CUADRO 5

COMPLICACIONES MAS FRECUENTEMENTE
ENCONTRADAS EN TRASTORNO POR PANICO

COMPLICACION	PORCENTAJE
AGORAFOBIA	51.11
DETERIORO CALIDAD DE VIDA	26.66
IDEACION E INTENTO SUICIDA	20.00
ABUSO DE ALCOHOL	13.33
GASTRITIS/COLITIS	19.99
OTROS	5.3

En nuestro estudio, la mayoría tenía una evolución mayor de seis meses, correspondiendo a un 48.88% a un curso mayor de un año.

CUADRO 6

VISITAS MEDICAS PREVIAS AL ESTUDIO
DE TRASTORNO POR PANICO

VISITAS	PORCENTAJE
MEDICOS GENERALES	68.88
SALAS DE EMERGENCIA	33.33
PSQUIATRAS	31.11
NEUROLOGOS	31.11
CARDIOLOGOS	2.22

La frecuencia de los ataques es muy variable, presentándose desde uno o más al día hasta uno cada dos meses, evolucionando por series cortas de ataques frecuentes, separados por semanas o meses sin ataques, hay otros con presentación esporádica separados por periodos largos asintomáticos, más o menos regulares. (8) En estos hallazgos, la frecuencia de los ataques de pánico fueron en un 46% de al menos cuatro ataques de pánico por semana, siendo en su mayoría los de presentación diaria, la que determina la gravedad de los casos atendidos en nuestro hospital.

Los estudios de trastorno por pánico asociados a trastornos del sueño revelan un incremento en la latencia del sueño y una disminución en el tiempo y eficacia de este (13-15). Otros estudios de polisomnografía reportan acortamiento en la latencia de la fase de movimientos oculares rápidos (MOR), similares a los encontrados en las depresiones mayores (16). En relación a la parálisis del sueño, esta se ha reportado entre cero y 41% en pacientes con trastornos por pánico (17-24). En este estudio, la parálisis del sueño se encontró en un 26.66%, menor a la reportada por Reyes (23) en un estudio realizado en una clínica privada en nuestro país. En relación a este punto no encontramos estudios claros de la forma cómo este fenómeno se produce, existiendo nada más referencias de una

hiperactividad del locus coeruleus (25) y a un aumento en la liberación de la hormona liberadora de corticotropina, que es más activa en las horas finales del sueño (26). En las dos investigaciones realizadas de trastorno por pánico en Honduras, la mayoría de las parálisis del sueño sucedieron al despertarse y con la experiencia subjetiva de angustia severa, lo que podría indicar que la parálisis del sueño es un síntoma de ataque de pánico cuando este sucede durante estos periodos, probablemente debido a una hiperactivación simultánea del locus coeruleus sobre los mecanismos excitatorios e inhibitorios del sistema reticular.

En cuanto a las alucinaciones hipnagógicas e hipnopómpicas, en la literatura revisada no se encuentra información al respecto, y en el 20% de los pacientes que encontramos en éste estudio, que su mayoría fueron hipnagógicas, se asociaban a miedo a dormirse.

En el 91.2% no se encontró ningún estresor en los tres meses previos al inicio del trastorno, y en los que sí se encontró, se relacionó con la muerte o enfermedad de un familiar cercano y problemas conyugales. La escasa frecuencia de un estresor, que podría estar dentro de lo esperado en la población general, concuerda con la opinión de los investigadores de que el trastorno es fundamentalmente neurobiológico.

En relación a antecedentes de la infancia en pacientes con trastorno por pánico, reportamos 15.5% de ansiedad de separación y 20% de enuresis. Con respecto a la ansiedad de separación, el DSM-IV habla de una asociación sin dar ningún tipo de porcentajes ni explicación para este vínculo. En cuanto a la enuresis (en niños en edad igual o mayor a cinco años) la literatura a nuestro alcance no reporta ninguna asociación entre este hallazgo y trastorno por pánico. La prevalencia por nosotros encontrada es cuatro veces mayor a la reportada en la población de cinco años (8-10). La enuresis se ha asociado a trastornos de personalidad, trastornos del sueño, historia familiar de enuresis, factores psicosociales como hospitalización, ingreso a la escuela y nacimiento de un hermano; además, se ha asociado a retraso en la maduración neurológica (1,8-10.)

Esto último debería ser investigado a fin de conocer si el trastorno por pánico, por lo menos en los casos que presentan enuresis, se debe a una alteración en la maduración cerebral con alguna vinculación a determinantes genéticas.

En relación a los factores hereditarios, el DSM-IV refiere que los individuos con antecedentes familiares de trastorno por pánico tienen cuatro a siete veces más probabilidad de desarrollarlo; sin embargo,

en los estudios clínicos, al menos la mitad o un cuarto de los individuos con trastorno por pánico no tienen historia de antecedentes familiares en primer grado de consanguinidad. Crowe y colaboradores (1983) reportan que dos tercios de los familiares en general y del 15 al 25% de parientes en primer grado de los pacientes con trastorno por pánico, adolecen de dicho trastorno. (3)

Este estudio reveló que el 74.44% de los familiares en primer grado tenían el antecedente de trastorno por pánico, cifra que es tres a cinco veces mayor a lo reportado por Crowe. Estas cifras probablemente se deban a que la información se obtuvo a través del paciente identificado y no por un estudio directo de los familiares. Es casi seguro que lo que nosotros reportamos como trastorno por pánico sean otros trastornos por ansiedad,

La presencia de abuso de alcohol de 53,23% y de depresión del 22.22%, con la aclaración de que fue una información indirecta, puede ser un indicador de la existencia de una relación entre trastorno por pánico, alcoholismo y depresión como parte de un mismo espectro, compartiendo posiblemente una base biológica común.

El trastorno por pánico se asocia con serías consecuencias en el área de salud y en el desenvolvimiento social de la persona que lo padece. Entre las complicaciones se mencionan abuso de alcohol y otras drogas, tentativas de suicidio, deterioro de la calidad de vida, agorafobia, trastornos somatomorfos, depresión, muertes prematuras por la vía del suicidio o por trastornos cardiovasculares, y frecuentes visitas a los servicios de salud, especialmente a las emergencias de los hospitales. (7)

De los 45 pacientes estudiados, las complicaciones más frecuentes y en orden de importancia fueron la agorafobia, deterioro en la calidad de vida, ideación e intento de suicidio, alcoholismo, colitis y gastritis. La presencia arriba de un 50% de agorafobia hace valedera la clasificación de trastorno por pánico con o sin agorafobia. El hecho que se presentara como una complicación es más indicativo de que el trastorno primario sea el trastorno por pánico y no a la inversa, como lo sugiere la CIE-10.

La presencia en el trastorno por pánico de síntomas como dificultad respiratoria, palpitaciones, dolor torácico, náuseas, dolor abdominal y vértigo acompañado de miedo a morir, induce al paciente a buscar ayuda de emergencia en médicos no psiquiatras por considerar estar padeciendo de una enfermedad somática con alto riesgo de muerte.

En un estudio de Kroenke realizado en atención primaria, encontró que

aproximadamente el 50% de todas las visitas que presentaban dolor torácico, mareos, fatiga, dolor de cabeza y dolor abdominal, solo en un 10% de ellos se encontró una enfermedad orgánica, sugiriendo que la mayor parte eran secundarios a un trastorno por pánico o a una depresión mayor. (27)

Los pacientes que presentaron gran tensión y que utilizaron los cuidados primarios de salud tienen una alta prevalencia de trastorno por pánico (12%) en curso. Lo que soporta la asociación de trastornos por pánico y mayor utilización de servicios médicos. (28)

En esta casuística, el 100% de los pacientes habían sido vistos por médicos y escasamente el 15.5% fue referido con diagnóstico de trastorno por pánico, lo que nos demuestra el desconocimiento de dicho trastorno y la necesidad de la capacitación del gremio médico para evitar el sufrimiento, las complicaciones, las secuelas incapacitantes y económicas que se observan en los pacientes no tratados oportunamente.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud: Trastornos Mentales y del Comportamiento CIE 10, Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico, criterios diagnósticos para la investigación. Editorial Meditar, Madrid, España 1993;126-127,
2. Alvarez W. Pánico: Neurobiología y tratamiento, Médico Interamericano 1992; II (2): 24-30
3. Crowe R y cois. A family story of panic disorder. Arch Gen Psychiatry 1983; 40: 1065-1069
4. Fontaine R. Etiology panic disorder and agoraphobia with panic attack. Panic disorder: The relative merits of pharmacotherapy. Summary proceedings. Toronto 1988; MES:2-5.
5. Reíman E y cois. The application of positron emission tomography to the study of panic disorder. Am J Psychiatry 1986; 143: 469-477.
6. Stewart R S y cois. Cerebral blood flow changes during sodium lactate induced panic attacks. 139th annual meeting of the American Psychiatry Association 1986; 72.
7. Reyes Ticas A. Trastorno por pánico. Psiquiatría Biológica Latinoamericana. Tomo 1. Editores Cangrejal. Buenos Aires, Argentina 1993; 70-89, 171-175.
8. American Psychiatric Association:

- Diagnostical and statistical manual of mental disorders, fourth edition, Washington, D.C. 1994.
9. Kaplan, Harold, Sadock, Benjamin; Compendio de Psiquiatría, 2da Edición, salvat editores S.A. Barcelona, España 1993.
 10. Vallejo Rubio J. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. 3era edición. Salvat editores S.A. Barcelona, España 1992.
 11. Klerman G L. Diagnosis of panic states a North American View en Drug Treatment of neurotic disorders. (M.H. Lader y H.C. Davies). Edimburgo; Churchill 1986.
 12. Tellez-Varga J H. Trastorno de pánico y embarazo. Psiquiatría biológica 1995; 3 (1): 43-48.
 13. Sotfe, G.B.: Sleep paralysis Aren Neurpl 1962; 6:228-234.
 14. Bell, C.C; Shakor, B.; Thompson, b., y cois. Prevalence of isolated sleep paralysis in black subjects. J Nati Med Assoc 1984; 76: 501-508.
 15. Bell, c.C; Hildreth, C.J.; Jenkins, E.J., y cois.: The relationship of isolated sleep paralysis and panic disorder to hipertensión, J Nati Med Assoc 1988; 80: 289-294.
 16. Bell C C, Dixie Bell D D, Thompson B. Further studies on the prevalence of isolated sleep paralysis in black subjects. J Nati Med Assoc 1986; 78:649-654.
 17. Everett HC, Sleep paralysis in medical students. J Nerv Ment Dis 1963; 136:283-287.
 18. Levi n M, Preña tu re waking and postdormital paralysis.J Nerv Ment Dis 1957; 125: 140-141.
 19. Mellman T, Uhde T. Electroencephalographic sleep in panic disorder. Arch Gen Psychiatry, Feb 1989; Vol 46.
 20. Sheehan D V. Balienger J, Jacobsen G. Treatment of endogenous anxiety with phobic, hysterical and hypochondriacal symptoms. Arch Gen Psychiatry 1980; 37:51.
 21. Vela Buena A, Soldatos C R, Kales A. Anxiety and disordered sleep Handbook of anxiety Noyes J. and Burrows, D. editores 1988; 2: 509-544.
 22. Lauer, Christoph Johannes y colaboradores. Panic disorder and mayor depression: A comparative electroencephalographic sleep study. Psychiatry Research 1992; 44: 41-54.
 23. Reyes Ticas América. Trastorno de pánico en Honduras
 24. Alfonso S. Parálisis del sueño aislada en pacientes con trastorno por ansiedad por crisis de angustia. Arch de Neurobiología 1991; 54,1:21-24.
 25. Jarakan I, Williams R I, Moaré C A. Sleep disorders. Kaplan H I, and Sadock B J Coomprehensive textbook of psychiatry. Williams and Williams editores.1989; 1105-1136.
 26. Sheehan D V. Panic attacks and phobias. New England Journal of Medicine 1982; 307:156-158.
 27. Kroenke K. Symptoms in medical patients an untended field, The American Journal of Medice 1992; 92: suppl 1A.
 28. Keton W y col. Panic Disorder: Relationship to high medical utilization, The American Journal of Medicine 1992; 92: suppl 1A.