

Al comparar las diferencias estas no fueron significativas por medio de la prueba de χ^2 ($=2.689$, $gl=1$, $p=0.10$). Cabe señalar que 57.5% de los pacientes con el Trastorno de Crisis de Angustia tenían una imagen normal, 12.5% ($n=5$) anomalías consideradas como dentro de límites normales y 30% ($n=12$) anomalías netamente anormales de las cuales, 22.5% ($n=9$) fueron considerados como moderadamente anormales y 7.5% ($n=3$) severamente anormales. En el grupo de sujetos con Epilepsia Parcial, las imágenes fueron normales en 60% ($n=6$), 20% ($n=2$) anomalías consideradas como dentro de límites normales, en 20% ($n=2$) hubo anomalías netamente anormales de los cuales todas fueron considerados moderadamente anormales. Finalmente, en los sujetos control normales, las imágenes fueron normales en 67.5% ($n=27$), en 20% ($n=8$) las anomalías fueron consideradas dentro de límites normales y en 12.5% hubo anomalías netamente anormales de las cuales todas fueron consideradas como moderadamente anormales. El análisis de estas diferencias por medio de la prueba de Kruskal-Wallis y prueba exacta de Fisher no mostró diferencias estadísticamente significativas. En detalle los resultados de las imágenes cerebrales son presentados en la Tabla XXVIII.

3.10.2 Volumen de lóbulos temporales e hipocampos

Por lo que se refiere a la medición de volumen de los lóbulos temporales e hipocampos se observaron diferencias significativas entre los tres grupos (prueba de Kruskal-Wallis), más importante en el caso del lóbulo temporal izquierdo ($p=0.005$) (Tabla XXIX). Los lóbulos temporales derechos fueron mayores en los pacientes con Epilepsia Parcial, luego en los sujetos

normales y al último en los sujetos con el Trastorno de Crisis de Angustia ($p=0.03$). Las comparaciones de volumen de los hipocampos derechos obtuvieron resultados similares, siendo mayores en los pacientes con Epilepsia Parcial, luego en los control normales y al final en los pacientes con el Trastorno de Crisis de Angustia ($p=0.03$). De igual modo, encontramos diferencias en el volumen de los lóbulos temporales izquierdos, estos fueron mayores en los pacientes con Epilepsia Parcial, seguido de los sujetos control normales y al último los sujetos con el Trastorno de Crisis de Angustia ($p=0.005$) (Figura 2). Las comparaciones de volumen de los hipocampos izquierdos mostraron también un mayor volumen en los pacientes con Epilepsia Parcial, luego en los sujetos control sanos y al final en los pacientes con el Trastorno de Crisis de Angustia ($p=0.03$) (Figura 3).

Al calcular la delta para los lóbulos derecho e izquierdo, es decir la diferencia de volumen entre uno y otro se observa que en los tres grupos de sujetos el lóbulo derecho es de mayor tamaño que el izquierdo, siendo esta diferencia más marcada en el grupo de sujetos normales, luego en el de pacientes con Epilepsia Parcial y por último en los pacientes Con Crisis de Angustia. El cálculo de la delta para los hipocampos derecho e izquierdo, es decir la diferencia de volumen entre uno y mostró solo diferencia de tamaño en el grupo de pacientes con el Trastorno de Crisis de Angustia.

TABLA XXIX

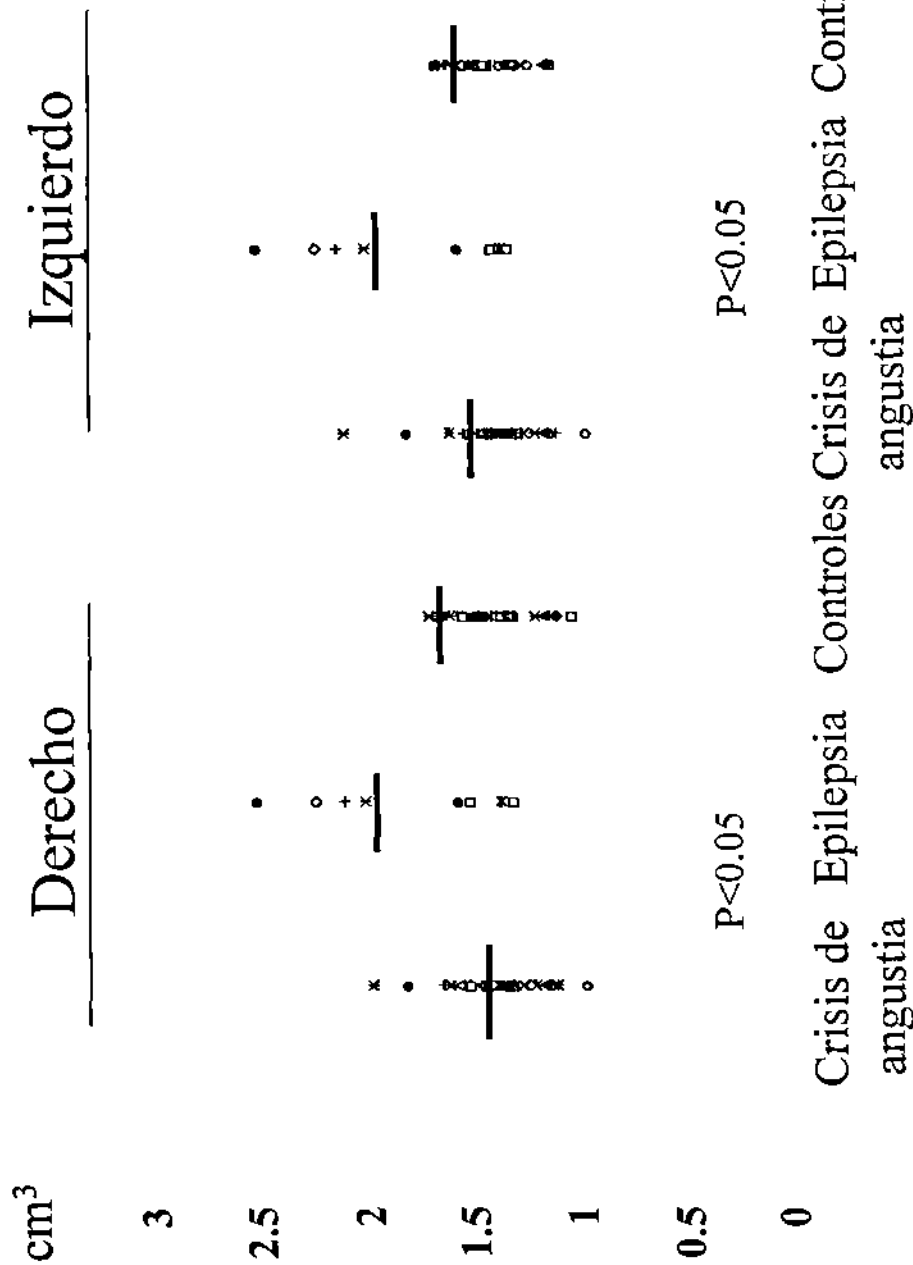
Comparación del volumen de lóbulos temporales e hipocampos

Ambos sexos	Sujetos			p*
	Con Crisis de Angustia n = (40)	Con Epilepsia Parcial n = (10)	Normales n = (40)	
Lóbulo Temporal Derecho ²	(40) 52.3 ± 8.9	(10) 57.6 ± 3.1	(40) 55.0 ± 2.5	.03
Lóbulo Temporal Izquierdo ²	(40) 52.0 ± 9.0	(10) 57.0 ± 3.3	(40) 53.4 ± 8.8	.005
Diferencial Derecho/izquierdo (Δ)	+ 0.3	+ 0.6	+ 1.6	
Hipocampo Derecho ²	(40) 1.4 ± 0.2	(10) 2.0 ± 2.9	(40) 1.8 ± 0.4	.03
Hipocampo Izquierdo ²	(40) 1.4 ± 0.1	(10) 1.9 ± 2.7	(40) 1.8 ± 0.5	.03
Diferencial Derecho/izquierdo (Δ)	+ 0.1	0.0	0.0	

². Prueba de Kruskal-Wallis. Comparación entre los tres grupos.

FIGURA No. 3

Comparación del volumen de Hipocamos en los tres grupos de estudio



3.10.2.1 Diferencias por sexo

Los resultados de diversos estudios muestran que el tamaño de diversas estructuras cerebrales está relacionado con el sexo de los sujetos, siendo menor su tamaño en las mujeres. Por lo mismo, procedimos a comparar el tamaño de los lóbulos temporales e hipocampos de los sujetos estudiados tomando en cuenta el sexo (Tablas XXX y XXXI).

Los sujetos del sexo masculino con Epilepsia Parcial tuvieron un mayor volumen de los Lóbulos Temporales, seguido de los sujetos masculinos del grupo Control Sano y de los pacientes con el Trastorno de Crisis de Angustia. Esto se observó a nivel del Lóbulo Temporal Derecho (ANOVA, $f=6.83$, $P=0.003$) e Lóbulo Temporal Izquierdo (ANOVA, $F=4.51$, $p=0.017$). Encontramos las mismas diferencias en el volumen de los Hipocampos Derecho (ANOVA, $F=12.26$, $p=0.0001$) e Izquierdo (ANOVA, $F=10.35$, $p=0.0001$).

Estas diferencias no pudieron ser comprobadas en los sujetos del sexo femenino en donde las diferencias de volumen del Lóbulo Temporal de las pacientes con el Trastorno de Crisis de Angustia, de los sujetos control sanas y de la paciente con Epilepsia Parcial no fueron estadísticamente significativas en el lado Derecho (ANOVA, $F=0.58$, $p=0.45$) e Izquierdo (ANOVA, $F=1.14$, $p=0.29$). Tampoco pudimos demostrar diferencias estadísticamente significativas en el volumen del Hipocampo derecho en las pacientes y sujetos control ($t=-0.326$, $gd=44$, $p=0.746$).

TABLA XXX

**Comparación del volumen de lóbulos temporales e hipocampos en los
pacientes y sujetos control.
Diferencias por sexo**

Sexo masculino

Areas	Sujetos		
	Con Crisis de Angustia n = (15)	Con Epilepsia Parcial n = (9)	Normales n = (18)
Lóbulo Temporal Derecho	54.65 ± 3.05	58.19 ± 2.60	56.45 ± 1.73
Lóbulo Temporal Izquierdo	54.66 ± 2.89	57.57 ± 2.98	56.19 ± 1.80
Diferencial derecho/izquierdo (□)	- 0.01	+ 0.62	+ 0.26
Hipocampo Derecho	1.36 ± .21	1.86 ± 0.44	1.50 ± .12
Hipocampo Izquierdo	1.39 ± .22	1.86 ± 0.45	1.46 ± .14
Diferencial derecho/izquierdo (□)	- 0.03	0.0	+ 0.04

Para LTD: Prueba t-Student entre sujetos con angustia vs normales (p < .05); sujetos Angustia vs epilepsia (p < .007); sujetos con epilepsia vs normales (p < .05)

Para LTl: Prueba t-Student entre sujetos con angustia vs normales (ns); sujetos con angustia vs epilepsia (p < .02); sujetos con epilepsia vs normales (ns)

Para HD: Prueba t-Student entre sujetos con angustia vs normales (p < .01); sujetos con angustia vs epilepsia (p < .001); sujetos con epilepsia vs normales (p < .003)

Para HI: Prueba t-Student entre sujetos con angustia vs normales (ns); sujetos con angustia vs epilepsia (p < .001); sujetos con epilepsia vs normales (p < .002)

Sexo femenino

Areas	Sujetos		
	Con Crisis de Angustia n = (24)	Con Epilepsia Parcial n = (1)	Normales n = (22)
Lóbulo Temporal Derecho	53.15 ± 2.66	52.30	53.79 ± 2.38
Lóbulo Temporal Izquierdo	52.61 ± 3.34	52.30	53.58 ± 2.27
Diferencial derecho/izquierdo (□)	+ 0.54	0.0	+ 0.21
Hipocampo Derecho	1.41 ± .18	1.36	1.39 ± .16
Hipocampo Izquierdo	1.37 ± .18	1.36	1.38 ± .12
Diferencial derecho/izquierdo (□)	+ 0.04	0.0	0.01

Para LTD: Prueba t-Student entre sujetos con angustia vs normales (ns); sujetos con angustia vs epilepsia (ns); sujetos con epilepsia vs normales (ns)

Para LTl: Prueba t-Student entre sujetos con angustia vs normales (ns); sujetos con angustia vs epilepsia (ns); sujetos con epilepsia vs normales (ns)

Para HD: Prueba t-Student entre sujetos con angustia vs normales (ns); sujetos con angustia vs epilepsia (ns); sujetos con epilepsia vs normales (ns)

Para HI: Prueba t-Student entre sujetos con angustia vs normales (ns); sujetos con angustia vs epilepsia (ns); sujetos con epilepsia vs normales (ns)

TABLA XXXI

Diferencias por sexo del volumen de lóbulos temporales e hipocampos en los tres grupos estudiados

Pacientes Con Crisis de Angustia				
Areas	Sujetos		p*	
	Masculinos n = (15)	Femeninos n = (24)		
Lóbulo Temporal Derecho	54.65 ± 3.05	53.15 ± 2.66	ns	
Lóbulo Temporal Izquierdo	54.66 ± 2.89	52.61 ± 3.34	.05	
Diferencial				
Derecho/izquierdo (Δ)	-0.01	+ 0.54		
Hipocampo Derecho	1.36 ± .21	1.41 ± .18	ns	
Hipocampo Izquierdo	1.39 ± .22	1.37 ± .18	ns	
Diferencial				
Derecho/izquierdo (Δ)	- 0.03	+ 0.04		
Pacientes con epilepsia				
Areas	Sujetos			
	Masculinos n = (9)	Femeninos n = (1)		
Lóbulo Temporal Derecho	58.19 ± 2.60	52.30	ns	
Lóbulo Temporal Izquierdo	57.57 ± 2.98	52.30	ns	
Diferencial				
Derecho/izquierdo (Δ)	+ 0.62	0.0		
Hipocampo Derecho	1.86 ± .44	1.36	ns	
Hipocampo Izquierdo	1.86 ± .45	1.36	ns	
Diferencial				
Derecho/izquierdo (Δ)	0.0	0.0		
Sujetos control sanos				
Areas	Sujetos			
	Masculinos n = (18)	Femeninos n = (22)		
Lóbulo Temporal Derecho	56.45 ± 1.73	53.79 ± 2.38	.001	
Lóbulo Temporal Izquierdo	56.19 ± 1.80	53.58 ± 2.27	.001	
Diferencial				
Derecho/izquierdo (Δ)	+ 0.26	+ 0.21		
Hipocampo Derecho	1.50 ± .12	1.39 ± .16	.01	
Hipocampo Izquierdo	1.46 ± .14	1.38 ± .12	ns	
Diferencial				
Derecho/izquierdo (Δ)	+ 0.04	+ 0.01		

* Significancia estadística. Prueba t-Student por género.

Cabe destacar que las comparaciones de los volúmenes entre hombres ($n=16$) y mujeres ($n=24$) con el Trastorno de Crisis de Angustia no fueron estadísticamente significativas para el lóbulo temporal derecho ($t=1.427$, $gd=38$, $p=0.162$), lóbulo temporal izquierdo ($t=1.801$, $gd=38$, $p=0.08$), hipocampo derecho ($t=-0.551$, $gd=38$, $p=0.585$) e hipocampo izquierdo ($t=0.498$, $gd=38$, $p=0.622$). Estos últimos hallazgos apuntan en el sentido de una disminución de volumen en lóbulos temporales derechos e hipocampos bilaterales en los sujetos del sexo masculino con el Trastorno de Crisis de Angustia que parece no presentarse en los sujetos del sexo femenino con este padecimiento. Nuestros hallazgos indican que las diferencias de volumen observadas entre los tres grupos de estudio son debidas a las diferencias existentes en el sexo masculino y más en el grupo de pacientes con el Trastorno de Crisis de Angustia.

Las comparaciones del tamaño del Lóbulo Temporal evaluado mediante la técnica de FSIER de los 18 sujetos control normales del sexo masculinos fueron significativamente diferentes y mayores de aquellas obtenidas en el grupo de 22 mujeres control sanas tanto en el lado derecho ($t=3.964$, $gd=38$, $p=0.0001$) como en el izquierdo ($t=3.982$, $gd=38$, $p=0.0001$) y las delta del volumen de ambos lóbulos por sexo. Las comparaciones del tamaño del Hipocampo Derecho evaluado de los sujetos control normales del sexo masculinos fueron también significativamente diferentes y mayores de aquellas obtenidas en el grupo femenino ($t=3.964$, $gd=38$, $p=0.01$). Lo que no sucedió con las mediciones efectuadas en el hipocampo izquierdo entre los sujetos

control del sexo masculino y femenino (NS). No encontramos tampoco diferencias en los volúmenes derecho e izquierdo entre varones y mujeres (NS).

Las comparaciones del tamaño del Lóbulo Temporal Derecho evaluado mediante la técnica de FSIER de los 16 sujetos con el Trastorno de Crisis de Angustia del sexo masculinos no fueron significativamente diferentes de aquellas obtenidas en el grupo de 24 mujeres (NS). En cambio al comparar el volumen del lóbulo temporal izquierdo se observó que este fue mayor en los sujetos masculino que en el grupo de mujeres ($t=3.982$, $gd=38$, $p=0.05$). No encontramos diferencias por sexo en las delta del volumen de los Lóbulos Temporales Derecho e Izquierdo ni del Hipocampo Derecho e Izquierdo entre varones y mujeres.

Las figuras 4 y 5 muestran las comparaciones de volumen de los Lóbulos Temporales y las Figuras 6 y 7 muestran las comparaciones de volumen de los Hipocampos para los tres grupos estudiados.

3.10.3 Características clínicas e imágenes cerebrales patológicas

La Tabla XXXII resume las diferencias demográficas, clínicas y neuroradiológicas que están ligadas al sexo en el grupo de pacientes con el Trastorno de Crisis de Angustia. Los resultados observados no mostraron ninguna diferencia entre los dos sexos para las variables siguientes: Edad actual de los enfermos, edad de inicio de la enfermedad, duración promedio de las Crisis de Angustia, severidad de las crisis, duración de la enfermedad y número total estimado de las crisis. En el caso de los sujetos control normales,

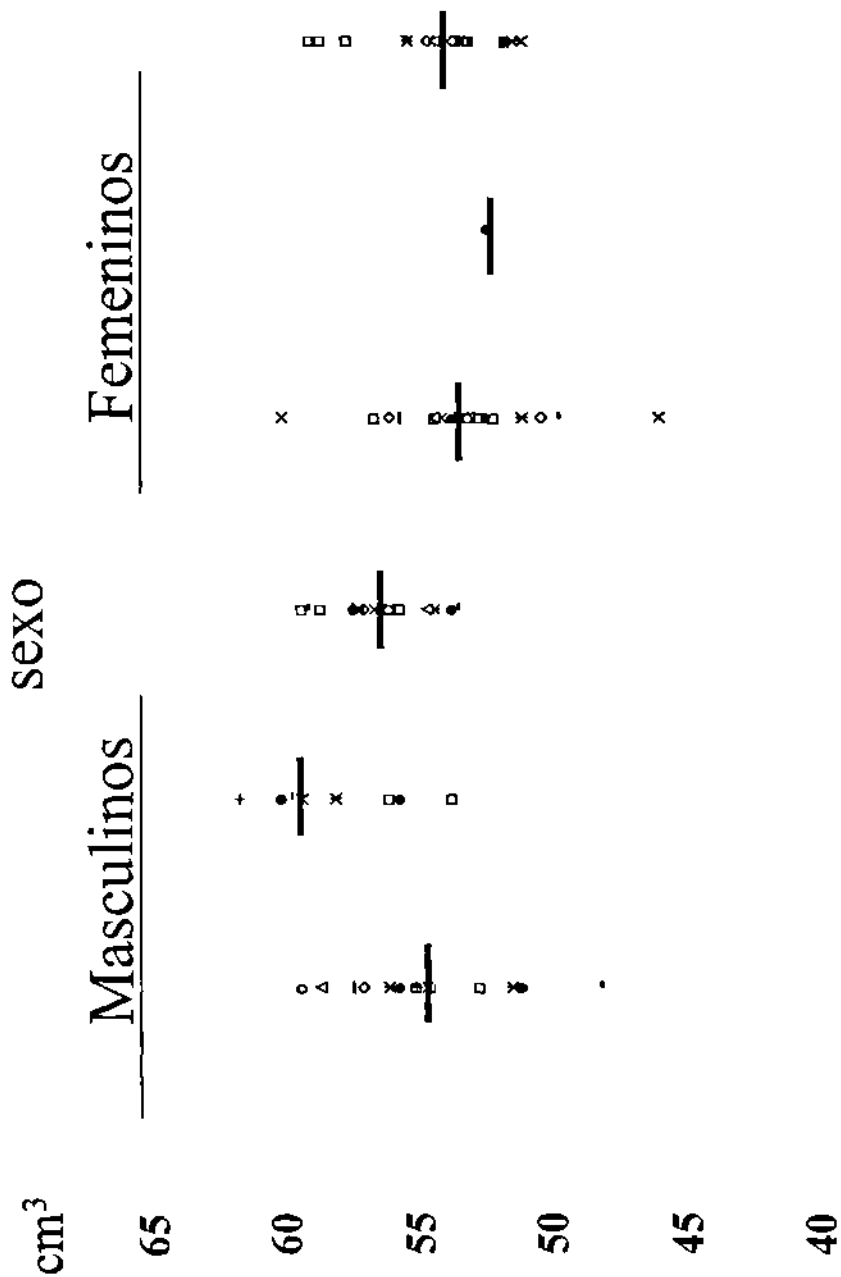
los resultados observados no mostraron ninguna diferencia entre los dos sexos para la edad actual de los sujetos.

Empleando la prueba de regresión lineal y correlación, nosotros buscamos la relación entre la edad de los pacientes al inicio de la enfermedad y el número de Crisis de Angustia en la vida y las evaluaciones de volumen de los lóbulos temporales e hipocampos. Hay que hacer notar que la edad de inicio de la enfermedad mostró un carácter particular pues su correlación fue positiva con la duración de la enfermedad ($r=-0.556, t=-4.122, gl=38, p=0.0001$).

Esta correlación negativa se explican por el hecho de que cuanto mayor la edad de inicio de la enfermedad menor el tiempo de la misma. Sin embargo no encontramos correlación entre la edad de inicio de la enfermedad y el número de Crisis de Angustia experimentadas por los pacientes ($r=-0.265, t=-1.695, gl=38, p=0.098$).

Dadas las diferencias por sexo encontrada en los volúmenes de lóbulotemporales e hipocampos, procedimos a analizarlas por sexo en los pacientes con el Trastorno de Crisis de Angustia. Se empleó la prueba de regresión lineal y correlación para determinar las relaciones existentes entre la edad de inicio de la enfermedad y las evaluaciones de volumen de lóbulos temporales e hipocampos.

FUGURA No. 4
Comparación del volumen del Lóbulo Temporal Derecho por

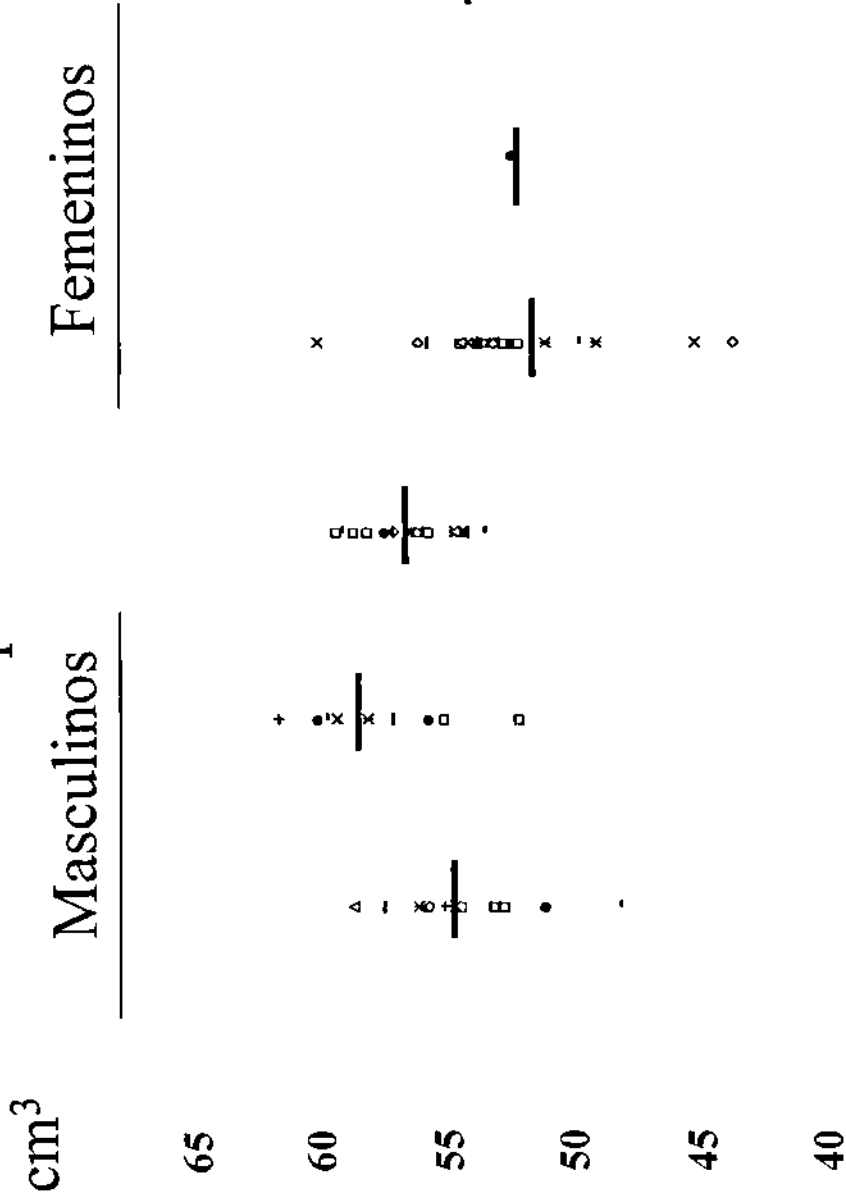


Crisis de angustia Epilepsia Controles Crisis de angustia Epilepsia Controles
 angustia

FIGURA No. 5

Comparación del volumen del Lóbulo Temporal Izquierdo

por sexo



Crisis de angustia Epilepsia Controles Crisis de Epilepsia Controles
angustia

FIGURA No. 6

Comparación del volumen del Hipocampo Derecho por sexo en los pacientes

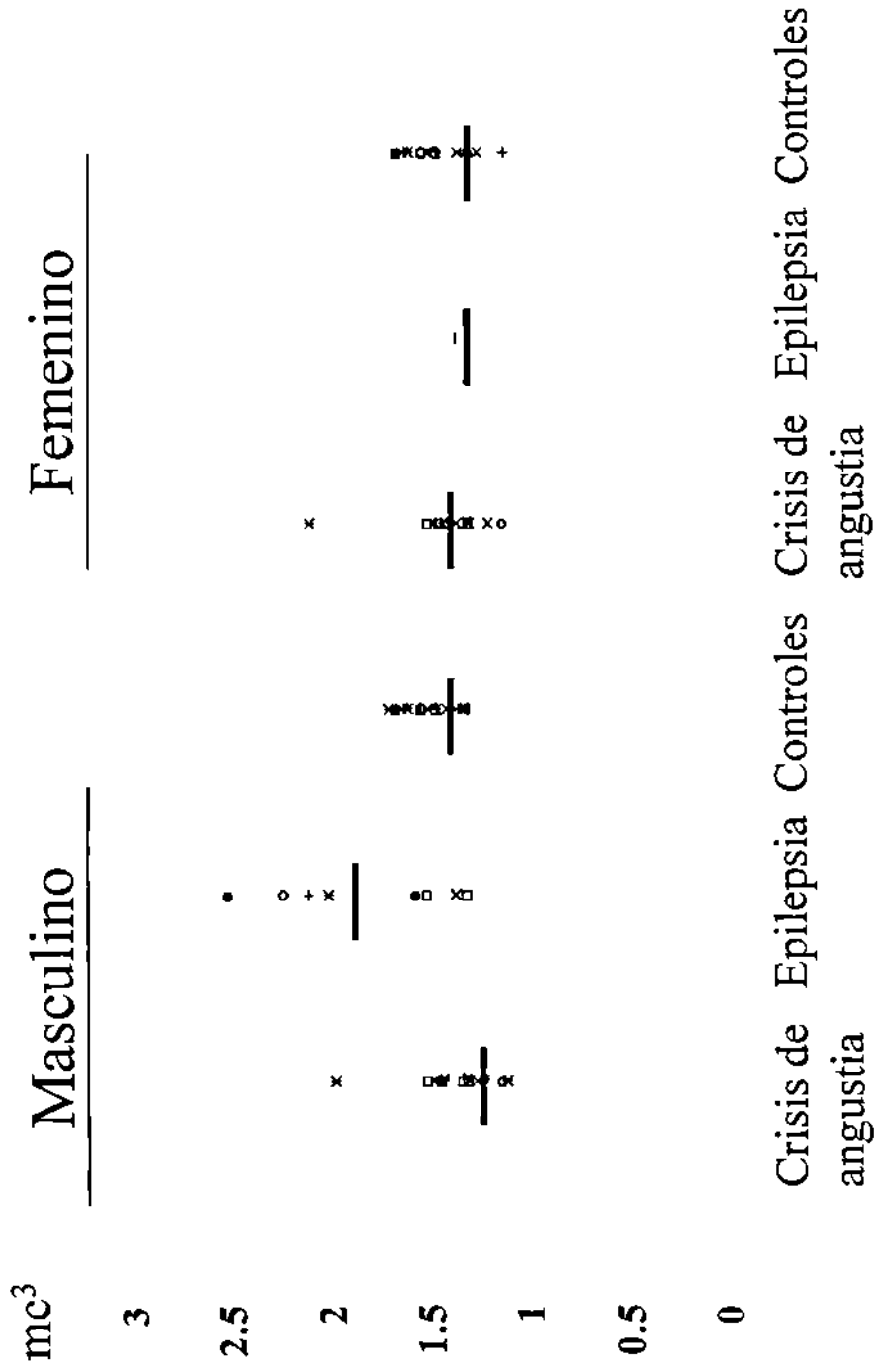


FIGURA No. 7

Comparación del volumen del Hipocampo Izquierdo por sexo

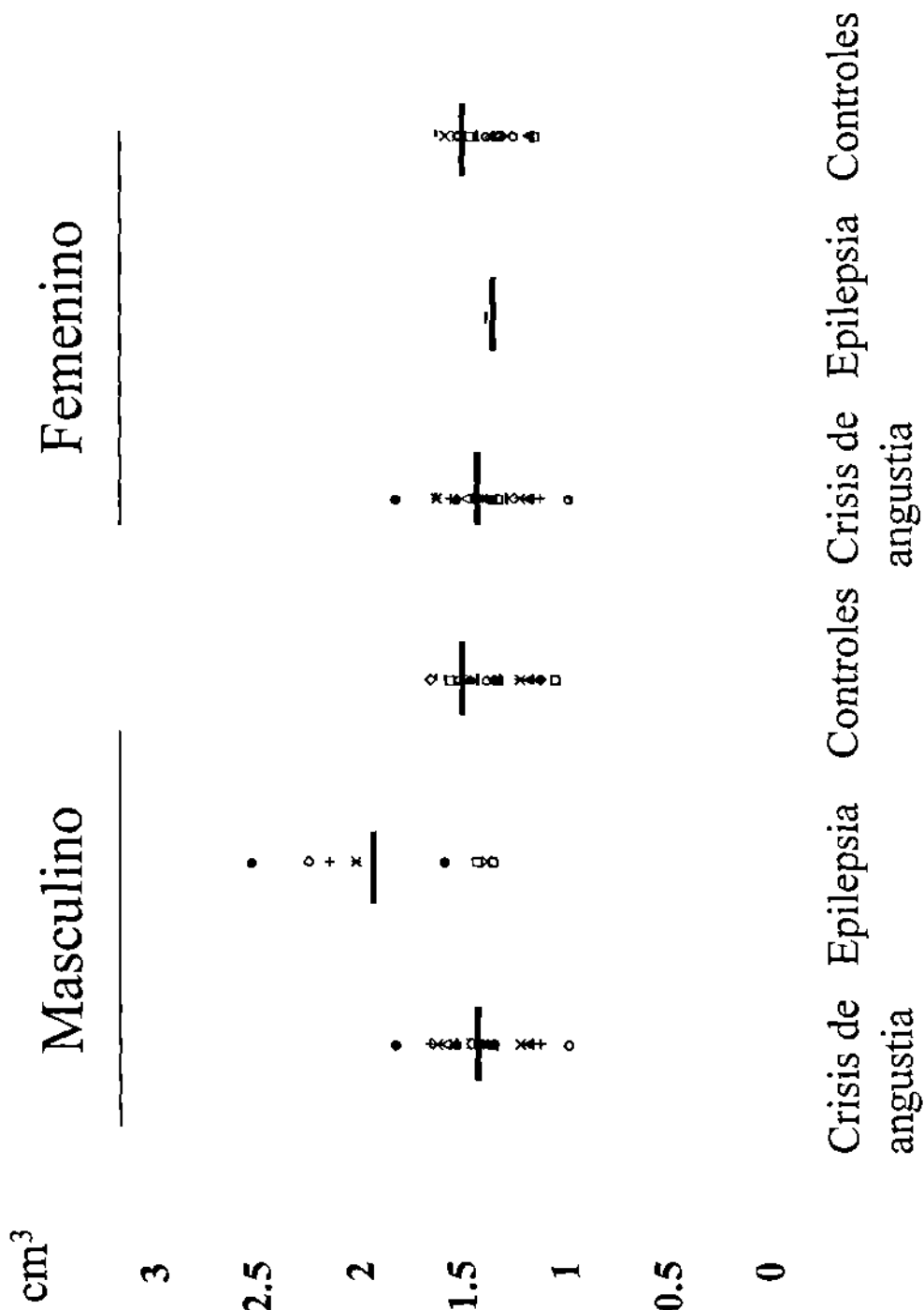


TABLA XXXII
Correlaciones clínicas y diferencias por sexo

Trastorno de Crisis de Angustia	Sexo		p¹
	Masculino	Femenino	
Variables			
Edad actual (años)	29.6±5.88	30.5±7.45	0.69
Edad de inicio de la enfermedad (años)	22.3±6.99	22.0±6.07	0.92
Duración promedio de las crisis (minutos)	14.4±15.03	16.7±14.80	0.63
Severidad de las crisis (1-7)	5.3±0.70	5.4±0.83	0.69
Duración de la enfermedad (años)	7.9±8.49	6.8±8.78	0.70
Número total estimado de crisis	2548.1±5295.78	550.9±884.46	0.07
Sujetos Control			
	Masculino	Femenino	
Edad actual (años)	24.8±5.55	25.1±5.63	0.86

* Significancia estadística.

¹. Prueba de t-Student por género.

3.10.3.1 Diferencias por Sexo

Con relación al sexo masculino encontramos una correlación positiva estadísticamente significativa entre la edad de inicio de la enfermedad y el volumen del Lóbulo temporal Derecho ($r=0.54$, $t=2.403$, $gl=14$, $p=0.031$) e Izquierdo ($r=0.493$, $t=2.121$, $gl=14$, $p=0.05$) en los pacientes con el Trastorno de Crisis de Angustia del sexo masculino (Tabla XXXIII). No encontramos correlación significativa entre edad de inicio de la enfermedad y volumen del Hipocampo Derecho e Izquierdo. Encontramos una correlación negativa pero no estadísticamente significativa entre el número de Crisis de Angustia y el volumen del Lóbulo Temporal Derecho ($r=-0.450$, $t=-1.886$, $gl=14$, $p=0.08$) y una tendencia estadística en el lado Izquierdo ($r=-0.480$, $t=-2.049$, $gl=14$, $p=0.06$). No encontramos correlación entre el número de Crisis de Angustia y los volúmenes del hipocampo derecho e izquierdo. Finalmente procedimos a evaluar si el volumen de las estructuras cerebrales estudiadas podría estar relacionado con la edad actual de los sujetos. No encontramos correlación entre el volumen de los Lóbulos Temporales e Hipocampos derechos (NS) o izquierdos (NS). Estos resultados negativos son importantes para eliminar la posibilidad de que la relación observada entre el volumen de los lóbulos temporales en los sujetos masculinos con el Trastorno de Crisis de Angustia fuera debido en parte a las edad de los sujetos más que ligado a la edad de inicio del padecimiento.

En el sexo femenino no encontramos correlación estadísticamente significativa entre la edad de inicio de la enfermedad, edad actual y número de crisis de pánico y los resultados de volumen de los Lóbulo Temporal e

Hipocampos Derecho e Izquierdo en los pacientes con el Trastorno de Crisis de Angustia.

Se realizó la prueba de correlación entre el volumen del Lóbulo Temporal y del Hipocampo Derechos e Izquierdos con la edad de inicio de la Epilepsia Parcial, la duración de la enfermedad y el número total de crisis, sin encontrar en ninguno de los casos correlación significativa.

3.11 Evolución de la Enfermedad y Tratamiento

Este estudio permitió evaluar la evolución de los pacientes incluidos. En 36 pacientes en el grupo de Trastorno de Crisis de Angustia se pudo realizar el seguimiento con una observación en promedio de 29.4 ± 36.2 meses (ver Tablas XXXIV y XXXV. En el grupo de pacientes con epilepsia todos ($n=10$) fueron seguidos por un promedio de 12.9 ± 29.4 meses. Esta diferencia no fue estadísticamente diferente ($p=0.10$).

En el grupo de 36 pacientes con el Trastorno de Crisis de Angustia se pudo realizar el seguimiento del tratamiento farmacológico por un promedio de 27.2 ± 35.5 meses, en tanto que el grupo de pacientes con Epilepsia Parcial fueron seguidos por un tiempo menor, en promedio 4.4 ± 2.9 meses ($p=0.001$). (Tabla XXXV)

Con relación al tratamiento notamos que durante el tiempo de observación los pacientes con el Trastorno de Crisis de Angustia recibieron un gran número de fármacos. En el grupo de pacientes con Epilepsia Parcial, el 100% ($n=10$) de casos se encontraba en tratamiento con anticonvulsivos. El apego al tratamiento farmacológico fue evaluado por el clínico como

satisfactorio o no satisfactorio, basándose en el historial del paciente. En 72.2% (n=26) pacientes con el Trastorno de Crisis de Angustia y en 60% (n=6) pacientes en el grupo de Epilepsia Parcial el apego al tratamiento se consideró satisfactorio, estas diferencias no fueron estadísticamente significativas.

Al final del tiempo de observación al que fueron sometidos los pacientes se evaluó la mejoría obtenida con el tratamiento mediante la escala ICG. No encontramos diferencias en la ICG de severidad al final del periodo de observación entre los dos grupos de pacientes estudiados. La respuesta al tratamiento evaluada entre los 6 y 9 meses de tratamiento, se consideró como una reducción de al menos 50% de los síntomas iniciales. Al estudiar comparativamente el porcentaje de pacientes que mejoraron se observó en mayor porcentaje en el grupo de pacientes con el Trastorno de Crisis de Angustia (80.6%, n=29) que en los pacientes con Epilepsia Parcial (20.0%, n=2) ($p=0.003$). La remisión completa de síntomas sin embargo no fue diferente entre ambos grupos estudiados lográndose solo en 38.9% (n=14) de los pacientes con el Trastorno de Crisis de Angustia y en 10% (n=1) de los pacientes con Epilepsia Parcial (NS).

TABLA XXXIII

Correlación de resultados de volumen por IRM y características clínicas por sexo

Trastorno de Crisis de Angustia Variables	Sexo		
	Edad Actual	Tipo de Correlación p ¹	
		Masculino Edad de inicio	Número total de crisis
Lóbulo Temporal			
Derecho	NS	+ 0.031	- NS
Izquierdo	NS	+ 0.05	NS
Hipocampo			
Derecho	NS	NS	NS
Izquierdo	NS	NS	NS
		Femenino	
Derecho	NS	NS	NS
Izquierdo	NS	NS	NS
Epilepsia Parcial			
Lóbulo Temporal		Masculino	
Derecho	NS	NS	NS
Izquierdo	NS	NS	NS
Hipocampo			
Derecho	NS	NS	NS
Izquierdo	NS	NS	NS
		Femenino	
Derecho	NS	NS	NS
Izquierdo	NS	NS	NS

* Significancia estadística.

¹. Prueba de regresión lineal y correlación por género.

TABLA XXXIV

Tratamiento.
Pacientes con el Trastorno de Crisis de Angustia y Epilepsia Parcial

Aspectos	Pacientes		p ^{1,2}
	Con Crisis de Angustia N = (40)	Con Epilepsia Parcial n = (10)	
Tiempo de tratamiento (meses)	(36) 27.2 ± 35.5	(10) 4.4 ± 2.9	.001
Apego al tratamiento	26 (72.2)	6 (60.0)	ns
Tratamiento farmacológico			.001 ³
Ninguno	1 (2.8)	0 (0.0)	
Antidepresivos tricíclicos	5 (13.9)	0 (0.0)	
ISRS	18 (50.0)	0 (0.0)	
Inhibidores de la MAO	1 (2.8)	10 (10.0)	
Benzodiacepinas	34 (94.4)	0 (0.0)	
Antipsicóticos	1 (2.8)	0 (0.0)	
Estabilizadores del Afecto	1 (2.8)	0 (0.0)	
Otro	2 (5.6)	0 (0.0)	
Psicoterapia	5 (14.3)	1 (10.0)	ns

* Nivel de significancia estadística.

¹. Prueba exacta de Fisher. Comparación entre los dos grupos.

². Prueba t-Student. Comparación entre los dos grupos.

³. Inhibidores de la MAO vs otros tratamientos (se excluye ninguno)

TABLA XXXV

**Evolución durante el tratamiento.
Pacientes con el Trastorno de Crisis de Angustia y Epilepsia Parcial**

Variables	Sujetos		p ^{1,2}
	Con Crisis de Angustia N = (40)	Con Epilepsia Parcial n = (10)	
Tiempo desde la primera evaluación (meses)	(36) 29.4 ± 36.2	(10) 12.9 ± 29.4	ns
ICG-S evolución			ns ³
Normal	23 (63.9)	6 (60.0)	
Límite	8 (22.2)	2 (20.0)	
Levemente enfermo	2 (5.6)	1 (10.0)	
Moderadamente enfermo	3 (8.3)	1 (10.0)	
ICG-S mejoría			ns ⁴
Mucho mejor	30 (83.3)	7 (70.0)	
Mejor	4 (11.1)	2 (20.0)	
Un poco mejor	2 (5.6)	1 (10.0)	
Respuesta (6 – 9 meses)	29 (80.6)	2 (20.0)	.003
Remisión completa (9 – 12 meses)	14 (38.9)	1 (11.1)	ns
Resolución completa de síntomas de			
Crisis de Angustia	22 (61.1)	1 (11.1)	.01
Ansiedad anticipatoria	14 (38.9)	0 (0.0)	.02
Evitación fóbica	17 (47.2)	0 (0.0)	.009
Funcionamiento psicosocial ICG-S			ns ⁵
Sin disfunción	26 (72.2)	3 (30.0)	
Disfunción límite	5 (13.9)	0 (0.0)	
Disfunción leve	2 (5.6)	0 (0.0)	
Disfunción moderada	3 (8.3)	1 (10.0)	
Funcionamiento psicosocial ICG-M			ns ⁶
Mucho mejor	30 (83.3)	2 (22.2)	
Mejor	3 (8.3)	0 (0.0)	
Un poco mejor	2 (5.6)	0 (0.0)	
Igual	1 (2.8)	1 (11.1)	

* Nivel de significancia estadística.

¹. Prueba exacta de Fisher. Comparación entre los dos grupos.

². Prueba t-Student. Comparación entre los dos grupos.

³. Normal vs anormal

⁴. Mucho mejor vs mejor y un poco mejor

⁵. Normal vs anormal

⁶. Mucho mejor vs mejor y un poco mejor

CAPITULO 4

DISCUSION

En este estudio con IRM se encontró un menor volumen en los lóbulos temporales e hipocampos de pacientes con el Trastorno de Crisis de Angustia, cuando fueron comparados con pacientes con Epilepsia Parcial y sujetos control normales. De acuerdo con los resultados de este estudio, los cambios de volumen parecen estar ligados al sexo masculino y a una edad más temprana de inicio de la enfermedad. Además, en este estudio sobre la neuroanatomía cerebral por IRM se observaron anomalías macroscópicas en 30% de los pacientes con el Trastorno de Crisis de Angustia con la presencia de lesiones diversas. Se encontró también una mayor incidencia de electroencefalogramas anormales en el grupo de pacientes con el Trastorno de Crisis de Angustia (poco más de 20%) comparado con 7.5% de sujetos control normales.

Al analizar los resultados de este estudio cabe considerar diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos de estudio: en lo referente a la distribución por sexo y la edad de los pacientes. Los pacientes con el Trastorno de Crisis de Angustia tuvieron una edad promedio superior a los pacientes con Epilepsia Parcial y al grupo de sujetos control normales. Hubo también una proporción mayor de varones en el grupo de pacientes con Epilepsia Parcial en comparación con los otros grupos de estudio. Estas

diferencias fueron consideradas al analizar los resultados. No se encontró diferencia en los años de estudio y ocupación laboral. Si en cambio el número de sujetos casados y con hijos fue mayor en el grupo de pacientes con el Trastorno de Crisis de Angustia. Lo anterior pudiera estar ligado a la diferencia de edad y sexo entre ambos grupos de pacientes.

En nuestro estudio encontramos diferencias clínicas que pueden ser relevantes para el diagnóstico diferencial de los grupos de pacientes estudiados. En primer término, la edad de inicio del primer episodio patológico fue menor en promedio de 15.5 años para los pacientes con Epilepsia Parcial y de 22.2 años para los pacientes con el Trastorno de Crisis de Angustia. Es decir, los pacientes con Epilepsia Parcial en promedio iniciaron su patología 7 años antes que los pacientes con el Trastorno de Crisis de Angustia.

Los resultados de nuestro estudio indican también que desde un punto de vista clínico 10 de los 13 síntomas cardinales para el diagnóstico del Trastorno de Crisis de Angustia señalados por el DSM-IV son esenciales para el diagnóstico diferencial con la Epilepsia Parcial; en cambio los síntomas atípicos de despersonalización, sensaciones epigástricas y aceleración del curso del pensamiento merecen ser considerados por el clínico en el interrogatorio. En contrapartida los síntomas de desrealización, la sensación de inestabilidad, mareo o desmayo y parestesias considerados en la escala de síntomas atípicos de Boulenger no proporcionan orientación.

Finalmente, encontramos diferencias significativas en la comorbilidad psiquiátrica entre los grupos de pacientes estudiados. El Trastorno Distímico y la Personalidad Narcisista fueron más frecuentes en el grupo de pacientes con

Epilepsia Parcial, resultados comparables a lo reportado en la literatura (Sorensen y Cols.1989).

Nuestros hallazgos con IRM son consistentes con estudios previos en pacientes con el Trastorno de Crisis de Angustia en los cuales se han reportado anomalías en los lóbulos temporales (Ontiveros y colaboradores 1989; Fontaine y colaboradores 1990; Vythilingam y colaboradores 2000, Dantendorfen y colaboradores 1996). El estudio de Vythilingam y colaboradores (2000) con mediciones volumétricas precisas del lóbulo temporal e hipocampos en 13 pacientes con el Trastorno de Crisis de Angustia comparados a un grupo de sujetos control normales mostró disminuciones significativas de volumen de los lóbulos temporales pero no de los hipocampos, aun después de controlar las diferencias por el volumen cerebral. El volumen cerebral total parece ser diferente entre el sexo masculino y femenino por lo que es esencial para comparar grupos mixtos de pacientes. Cabe señalar que Vythilingam y colaboradores no encontraron diferencias en el volumen cerebral total de los sujetos control y testigos. En nuestro estudio, incluimos un mayor número de pacientes y si bien empleamos evaluaciones de volumen menos precisas (técnica de FSIER), estas son más rápidas de efectuar y prácticas en la clínica. Nosotros encontramos diferencias bilaterales en el volumen de Lóbulos Temporales e Hipocampos en el Trastorno de Crisis de Angustia relacionas con el sexo masculino. Al respecto, existen estudios que señalan la validez y confiabilidad de la técnica empleada por nosotros para evaluar el volumen de los Lóbulos Temporales e Hipocampos (Walley y Wardlaw 2001).

Es necesario reconocer los límites que tiene la IRM para demostrar anomalías neuroanatómicas en los pacientes. En los estudios de pacientes con el Trastorno de Crisis de Angustia solo entre 30% a 40% de los sujetos muestran anomalías y dado que las lesiones que pueden detectarse por la IRM deben tener al menos 3 mm de diámetro, es posible que las lesiones más pequeñas estén presentes y no sea posible ponerlas en evidencia. En este estudio comparativo de pacientes tampoco se pudieron observar diferencias macroscópicas entre los grupos estudiados. En el grupo de pacientes con el Trastorno de Crisis de Angustia un 30% presentaron estudios de IRM anormales, en tanto que esto se presentó en 20% de los pacientes con Epilepsia Parcial y en 12% de los sujetos control normales.

La Hipótesis nula planteada para este estudio no se rechazó en su totalidad, dado que si bien se demostró que la severidad de las anomalías detectadas por IRM (menor volumen del hipocampo y lóbulo temporal) se correlacionaban con la edad de inicio pero no con el número de crisis de angustia (solo en el sexo masculino). Tampoco se rechazó la Hipótesis nula en su totalidad sobre la diferencia en las lesiones observadas en los pacientes con el Trastorno de Crisis de Angustia y aquellos con Epilepsia Parcial dado que no observamos cambios específicos en los estudios de IRM. Si en cambio se observó que el volumen reducido de los lóbulos temporales e hipocampos solo se presentó en el grupo de pacientes masculinos con el Trastorno de Crisis de Angustia.

La selección de pacientes en el transcurso de este estudio mostró un número mucho más elevado de mujeres con el Trastorno de Crisis de Angustia

que de hombres. Esta observación no constituye una desviación ya que corresponde a la prevalencia de la enfermedad con mayor afectación del sexo femenino. Además el inicio de la enfermedad no tuvo una relación proporcional con respecto al sexo sino con la prevalencia real de la enfermedad. La comparación entre los grupos de pacientes con el Trastorno de Crisis de Angustia y aquellos con Epilepsia Parcial y el grupo de sujetos control pudo tener desviaciones debido a que estos dos últimos fueron más jóvenes en promedio. Además, en el grupo de pacientes con Epilepsia Parcial solo se incluyó una mujer y fueron pocos pacientes en número (N=10) comparados con los pacientes con el Trastorno de Crisis de Angustia (N=40) y los sujetos control (N=40). Podría ser probable que los pacientes con el Trastorno de Crisis de Angustia y los pacientes con Epilepsia Parcial mostraran por la edad más anomalías en los estudios de IRM. Si las diferencias observadas entre los sujetos control por una parte y los grupos de pacientes con el Trastorno de Crisis de Angustia por otra, favoreciera una patología más severa en los pacientes, esta relación sin embargo no fue más verdadera para los sujetos control menos jóvenes. No se observaron diferencias significativas por sexo, para el número total de crisis, la duración y la edad de inicio de la enfermedad en el grupo de mujeres con el Trastorno de Crisis de Angustia, aún y cuando la edad de los hombres y mujeres era aproximadamente la misma.

La selección de los pacientes de este estudio fue realizada con un método riguroso como se describe en la sección de metodología. Todos los sujetos incluidos fueron diestros para minimizar las diferencias en el tamaño

del cerebro debido a la dominancia hemisférica. Los sujetos debieron también tener una edad de entre 18 a 45 años para minimizar los cambios en IRM ligados con la edad (Convit y colaboradores 1995) y en el caso de los pacientes con el Trastorno de Crisis de Angustia una patología de al menos moderada severidad.

Los estudios con PET y SPECT apoyan una función anormal a nivel de lóbulos temporales en los pacientes con el Trastorno de Crisis de Angustia, aunque con resultados mixtos. Se ha demostrado un aumento en el flujo sanguíneo bilateral en hipocampos (De Cristofaro y colaboradores 1993), región parahipocampal (Bisaga y colaboradores 1998) y polos temporales (Reiman y colaboradores 1989); en tanto que se han confirmado también en otros estudios un decremento en el metabolismo de la glucosa en el giro temporal superior derecho (Bisaga y colaboradores 1998) en pacientes sensibles a la perfusión de lactato al compararlos con sujetos control. Reiman y colaboradores (1984) y Nordahl y colaboradores (1990) reportaron asimetrías en el flujo sanguíneo en el giro parahipocampal en pacientes con el Trastorno de Crisis de Angustia, atribuido a un mayor incremento en el lado derecho. Los cambios en el volumen reportado en nuestro estudio están en concordancia con los estudios de IRM anteriormente publicados en los estudios realizados con TEP por Reiman y colaboradores (1984, 1986, 1989) en los pacientes con el Trastorno de Crisis de Angustia. En efecto, a nivel parahipocampal se observan asimetrías de flujo sanguíneo explicable por una disminución de la actividad izquierda. Sin embargo, es probable que las asimetrías observadas

reflejen cambios neuroanatómicos microscópicos o macroscópicos. Por la IRM se pueden identificar solo anomalías macroscópicas.

La evidencia electrofisiológica añade la posibilidad de una alteración en la función temporal subyacente en el Trastorno de Crisis de Angustia. La estimulación eléctrica del lóbulo temporal en pacientes con epilepsia intratable da lugar a síntomas similares a la ansiedad, crisis de angustia además de alucinaciones, ilusiones, flashbacks y pensamiento forzado (Gloor y colaboradores 1982). Más aun, los pacientes con Crisis de Angustia presentan anormalidades electroencefalográficas focales y focales en el lóbulo temporal (Dantendorfer y colaboradores 1995, 1996; Bystritsky y colaboradores 1999). Los sujetos con EEG anormal tienen anormalidades en mayor número en los estudios de IRM particularmente en la región septo-hipocampal comparados con sujetos Con Crisis de Angustia y EEG normales y sujetos control sanos.

La localización preferencial a nivel temporal de los cambios neuroanatómicos apoya el papel del sistema límbico en el Trastorno de Crisis de Angustia (Gorman y colaboradores 1989). Se sabe que el sistema límbico controla las respuestas emocionales y de defensa y es responsable de las conductas de huida o ataque (Rosene y Van Hoesen 1987, Smith y De Vito 1984). Es posible que el Trastorno de Crisis de Angustia se origine por la disfunción de los lóbulos temporales como los sugieren los cambios neuroanatómicos observados por la IRM y las anormalidades fisiológicas observadas por medio de TEP. Los mecanismos patofisiológicos implicados podrían ser el fenómeno kindling implicando al sistema límbico (Post y Uhde 1986). Además, se sabe que la estimulación de la corteza temporal provoca las

funciones autónomas frecuentemente asociadas con los estados de ansiedad (Mesulman 1986). Así, en el hombre las reacciones de angustia han sido descritas durante las operaciones de cerebro con la estimulación de esta región y la de la amígdala (Gloor y colaboradores 1982). La estimulación temporal en el modelo animal produce cambios de conducta que recuerdan el miedo (Kaada 1960).

El lóbulo temporal y el hipocampo reciben información de diferentes áreas de asociación sensorial (Kaada 1960). De hecho, el hipocampo es el responsable de la integración de información sensorial diferente dando lugar a respuestas de conducta apropiadas (Van Hoesen 1982, Swanson 1983, Moran 1987). La inducción de respuestas de defensa pasa por el complejo septo-amigdalino (Smith y De Vito 1984, Adamec y Satrk-Adamec 1983, Swanson 1983). Esta región envía información al hipotálamo, cuyas proyecciones neuronales en la médula espinal y bulbo raquídeo, activan los sistemas cardiovasculares y respiratorio (Roseen y Van Hoesen 1987, Seanson 1983, Price y Marall 1981). Las hipótesis actuales sugieren que el sistema septohipocampal es responsable de la integración y las respuestas a la información externa nueva o desagradable. El hecho de activar proyecciones noradrenérgicas y serotoninérgicas al hipocampo puede aumentar la sensibilidad de esta región a estímulos ambientales, dando lugar a síntomas de ansiedad. Este aspecto sería pertinente en el desarrollo secundario de la agorafobia. El hipocampo tiene además importantes funciones en el aprendizaje y la memoria. Con PET empleando la provocación de síntomas y activación cognitiva se ha encontrado una mayor activación de la amígdala y

estructuras paralímbicas anteriores (responsables del procesamiento de emociones como el miedo), de la región de Broca y otra áreas corticales no límbicas y activación de la corteza cingulada (papel inhibitorio probable) (Pitman y Cols. 2001, Villarreal y King 2001), además de una disfunción de la corteza prefrontal medial y orbital durante la estimulación de síntomas así como una reducción de la unión a receptores a benzodiazepinas en la corteza prefrontal (Rauch y Shin 1997, Bremner 1999).

Desde un punto de vista neurofisiológico, es bien conocido que la formación del hipocampo recibe abundantes proyecciones noradrenérgicas provenientes del locus coeruleus, núcleo noradrenérgico implicado en las reacciones de ansiedad (Price y Marall 1981, Palacio y Kuhar 1982). Además, la hiperactividad de las proyecciones noradrenérgicas hacia la región del parahipocampo inhiben la capacidad de adaptación de esta región a estímulos ambientales (Madison y Nicoll 1982). Los estudios neurofisiológicos muestran que el hemisferio derecho está implicado en las reacciones de atención, despertamiento y de ansiedad.

Los resultados de este estudio son compatibles con los datos neuroanatómicos y neurofisiológicos obtenidos en los estudios de imagen. Por ejemplo, ¿son las lesiones que observamos la causa o el resultado del Trastorno de Crisis de Angustia?. En el primer caso, una causa biológica primaria implicaría que las lesiones precoces serían responsables de las Crisis de Angustia recurrentes y por la intermediación del sistema septum-hipocámpico se desarrollaría la agorafobia. Este modelo se parece luego entonces a la epilepsia focal temporal. De hecho, la mayoría de los fármacos

antipánico tales como el clonacepam, alprazolam, la gabapentina y el ácido valpróico tienen efecto anticonvulsivo. En este caso, la lesión temporal podría tener un origen genético. La otra hipótesis sería la de concebir a las lesiones temporales como el resultado secundario de tener Crisis de Angustia durante las cuales sobrevendría un estado de hipoxia. Es bien reconocido que la región temporal es una región cerebral vulnerable a la falta de oxígeno. Así, Gorman y colaboradores (1989) sugieren que los estados de hipoxia cerebral pueden sobrevenir durante las Crisis de Angustia, lo que podría contribuir a la aparición de lesiones focales o a una atrofia de esta región como se observó en nuestro estudio.

Los datos en los estudios con animales y el hombre indican que durante los estados de ansiedad agudos, podría haber una demanda aguda de oxígeno y glucosa y de la perfusión sanguínea cerebral sobre todo a nivel del hipocampo (Post y Uhde 1986, Gur y colaboradores 1987, 1988). En los estados de ansiedad extremos, sobreviene un estado de hipoxia sobre todo en las crisis de larga duración que podrían dar lugar a lesiones neuroanatómicas secundarias. En otra patología de ansiedad, el trastorno por estrés postraumático se han encontrado hipocampos de menor volumen con lóbulos temporales de volumen normal en comparación con sujetos control normales (Bremner y colaboradores 1995, 1997, 1999, Gurvits y colaboradores 1996, Stein y colaboradores 1997). El menor tamaño del hipocampo en este trastorno ha sido atribuido a un posible daño neuronal debido al efecto traumático por el estrés en las neuronas del hipocampo, mediado por altos niveles de cortisol (Bremner y colaboradores 1995). En el caso del Trastorno de Crisis de Angustia no se ha demostrado

consistentemente que se presentes anomalías en la secreción de cortisol (Cameron y colaboradores 1987, Bandelow y colaboradores 2000). Cabe destacar que Vythilingam y colaboradores (2000) en su estudio comparativo con sujetos control no encontraron diferencias en el volumen del hipocampo en pacientes con el Trastorno de Crisis de Angustia. En este estudio, con un mayor número de pacientes, se encontró un menor volumen del hipocampo en los sujetos masculinos con el trastorno.

En pacientes con epilepsia del lóbulo temporal los estudios con IRM han mostrado reducciones de volumen ipsilaterales con el foco epiléptico en el hipocampo y regiones extrahipocampales, esto último aumenta con la duración de la epilepsia (Theodore y Gaillard 2002). La esclerosis del hipocampo se encuentra en 60 a 70% de pacientes con epilepsia intratable del lóbulo temporal (Kalviainen y Salmenpera 2002). Un mayor número de crisis, historia de convulsiones febriles, inicio a edad temprana de la enfermedad parecen contribuir al daño observado en el hipocampo en los pacientes con epilepsia intratable del lóbulo temporal (Briellmann y colaboradores 2002, Kalviainen y Salmenpera 2002). El volumen del hipocampo parece declinar en el varón en forma lineal a partir de la tercera década de la vida a razón de 1.5% por año lo que no parece suceder en la mujer (Puesner y colaboradores 2001). Por otro lado, el varón parece ser más susceptible de sufrir daño cerebral asociado a epilepsia (Briellmann y colaboradores 2000). Tomados en conjunto estos datos nos permiten especular sobre las similitudes en los cambios reportados en pacientes con Epilepsia del Lóbulo temporal y los hallazgos del presente estudio sobre la anatomía macroscópica estudiada medio de IRM en pacientes con el

Trastorno de Crisis de Angustia. Así, observamos disminuciones de volumen en lóbulos temporales e hipocampos que están en relación con la duración de la enfermedad y estos cambios neuroanatómicos se presentan en el sexo masculino. Es posible en el varón que sufre del Trastorno de Crisis de angustia acontezca lo mismo que ha sido observado en pacientes con Epilepsia del lóbulo temporal siendo más los hombres susceptibles de experimentar lesiones en el hipocampo debido a diferencias ligadas al sexo en la disminución de volumen relacionada con la edad y a una mayor susceptibilidad del sexo masculino para sufrir lesiones en estas regiones. Es importante señalar que los cambios focales encontrados a nivel del lóbulo temporal no son patognomónicos del Trastorno de Crisis de Angustia. En efecto, este tipo de cambios pueden ser encontrados en otras enfermedades, sea por infarto, vasculitis, leucodistrofia, los síndromes postinfecciosos y las patologías secundarias a la radioterapia y la quimioterapia.

4.1 Conclusiones

En el presente estudio de pacientes con el Trastorno de Crisis de Angustia y pacientes con Epilepsia Parcial comparados con sujetos control sanos se encontraron diferencias que pueden ayudar al diagnóstico diferencial:

Demográficas

- Edad de inicio del padecimiento. Siete años antes en promedio para los pacientes con Epilepsia Parcial que para los pacientes con el Trastorno de Crisis de Angustia.

Clínicas

- Se observó en los pacientes con Epilepsia Parcial un menor número de síntomas de crisis de angustia según el DSM-IV. Además, diez de trece de los síntomas de crisis de angustia del DSM-IV fueron diferentes. De ellos, solo los síntomas de desrealización, de inestabilidad, mareo o desmayo y las parestesias no fueron diferentes entre los grupos de pacientes estudiados.

- La severidad de la enfermedad y de las crisis de angustia fue mayor en los pacientes con el Trastorno de Crisis de Angustia que en los pacientes con Epilepsia Parcial.

- Los síntomas de despersonalización, sensación epigástrica y aceleración del curso del pensamiento de la escala de Boulenger para síntomas atípicos se presentaron más en los pacientes con el Trastorno de Crisis de Angustia.

- Se encontró un mayor número de fobias en los pacientes con el Trastorno de Crisis de Angustia. La severidad de la evitación fóbica y de la ansiedad anticipatoria fue mayor que en los pacientes con Epilepsia Parcial. Además, estos pacientes estaban más incapacitados por sus síntomas fóbicos.

- La percepción del estado de salud de los pacientes con el Trastorno de Crisis de Angustia es menor y estos se encontraban más incapacitados por la enfermedad que los pacientes con Epilepsia Parcial.

- Se observó una mejor respuesta al tratamiento con mayor número de casos que respondieron al cabo de 6 meses en el grupo de pacientes con el Trastorno de Crisis de Angustia.

Electroencefalografía

- Se encontró que 21% de pacientes con el Trastorno de Crisis de Angustia tuvieron estudios anormales.

IRM

- Se observó un menor volumen en lóbulos temporales hipocampos bilateralmente en el grupo de pacientes con el Trastorno de Crisis de Angustia en comparación con los pacientes con Epilepsia Parcial. Estas diferencias estuvieron ligadas a los sujetos del sexo masculino.

4.2 Perspectivas

Independientemente del origen de las lesiones demostradas por la IRM, las anomalías neuroanatómicas encontradas en 30 a 40% de los pacientes con el Trastorno de Crisis de Angustia y un menor volumen de lóbulos temporales e hipocampos sobre todo en los pacientes masculinos con un inicio precoz de la enfermedad tienen importantes implicaciones en el tratamiento.

Es importante estudiar si las lesiones temporales observadas en la literatura y en el presente estudio son la causa o el efecto de las crisis dado que esto implica cambios a los criterios de tratamiento y pronóstico. Estudios futuros deben responder a lo siguiente:

- Si los pacientes con anomalías neuroanatómicas primarias observadas en la IRM tienen un pronóstico más malo y la necesidad de un tratamiento farmacológico de mayor duración. Lo que implica estudiar a un gran número de pacientes por tiempo prolongado.

- Si las lesiones observadas en los estudios con IRM son secundarias a las crisis de angustia un control estricto de la enfermedad evitaría las lesiones observadas evitando entrar así en un círculo vicioso patológico.

- Si el empleo de tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos para controlar las crisis de angustia logra evitar en los pacientes, sobre todo en aquellos con un inicio temprano de la enfermedad y enfermedades severas, las lesiones observadas con la IRM.

- Cuales son los factores en el sexo masculino que pueden estar asociados a la presencia de un menor volumen de lóbulos temporales e hipocampos.

APÉNDICE "A"

Criterios para el diagnóstico de F41.0 Trastorno de angustia sin agorafobia [300.01]

- A. Se cumplen (1) y (2):
- (1) Crisis de angustia inesperadas recidivantes (v.pág. 403)
 - (2) Al menos una de las crisis se ha seguido durante 1 mes (o más) de uno (o más) de los siguientes síntomas:
 - a) inquietud persistente ante la posibilidad de tener más crisis
 - b) preocupación por las implicaciones de la crisis o sus consecuencias (por ej., perder el control, sufrir un infarto al miocardio, {volverse loco})
 - c) cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis
- B. Ausencia de agorafobia (v. pág. 404).
- C. Las crisis de angustia no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p.ej., drogas, fármacos) o una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo)
- D. Las crisis de angustia no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, como por ejemplo fobia social (p. Ej., aparecen al exponerse a situaciones sociales temidas), fobia específica (p. Ej., el exponerse a situaciones fóbicas específicas), trastorno obsesivo-compulsivo (p. Ej., al exponerse a la suciedad cuando la obsesión versa sobre el tema de la contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. Ej., en respuesta a estímulos asociados a situaciones altamente estresantes), o trastorno por ansiedad de separación (p.ej., al estar lejos de casa o de los seres queridos).

Criterios para el diagnóstico de F40.01 Trastorno de angustia con agorafobia [300.2]

- A. Se cumplen (1) y (2):
 - a. Crisis de angustia inesperadas (recidivantes (v.pág. 403)
 - b. Al menos una de las crisis se ha seguido durante 1 mes (o más) de uno (o más) de los siguientes síntomas
 1. Inquietud persistente ante la posibilidad de tener más crisis
 2. Preocupación por las implicaciones de la crisis o sus consecuencias (por ej., perder el control, sufrir un infarto de miocardio, {volverse loco})
 3. Cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis
- B. Presencia de agorafobia (v. pág. 404)
- C. Las crisis de angustia no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. Ej., drogas, fármacos) o una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo)
- E. Las crisis de angustia no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, como por ejemplo fobia social (p.ej., aparecen al exponerse a situaciones sociales temidas), fobia específica (p. ej., al exponerse a la suciedad cuando la obsesión versa sobre el tema de la contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. Ej., en respuesta a estímulos asociados a situaciones altamente estresantes), o trastorno por ansiedad por separación (p. Ej., al estar lejos de casa o de los seres queridos).

Criterios para el diagnóstico de F40.00 Agorafobia sin historia de trastorno de angustia [300.33]

- A. Aparición de agorafobia en relación con el temor de desarrollar síntomas similares a la angustia (p. Ej., mareos o diarrea)
- B. Nunca se han cumplido los criterios diagnósticos del trastorno de angustia
- C. El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (drogas, fármacos) o de una enfermedad médica
- D. Si el individuo presenta una enfermedad médica, el temor descrito en el Criterio A es claramente excesivo en comparación con el habitualmente asociado a la enfermedad médica

APÉNDICE "B"

ACUTE PANIC INVENTORY

Rating : not at all (0), slight (1), moderate (2), or severe (3)

	PRE	5'	10'	15'	20'
1. Do you feel faint?					
2. Are you afraid of dying?					
3. Are you generally fearful?					
4. Do you have heart palpitations?					
5. Do you have any difficulty in breathing, or are you breathing rapidly?					
6. Do you have the urge to urinate?					
7. Do you have the urge to defecate?					
8. Do you feel dizzy or light-headed?					
9. Do you feel confuse?					
10. Do you have sense of unreality?					
11. Do you feel detached from part or all of your body?					
12. Is it difficult for you to concentrate?					
13. Are you sweating?					
14. Is it difficult for you to speak?					
15. Would it be difficult for you to do a job?					
6. Do you feel any shakiness, trembling, or twitching?					
17. Do you feel nauseous?					
	PRE	5'	10'	15'	20'
TA	/	/	/	/	/
FC					

APÉNDICE "C"

CLASIFICACION ESTABLECIDA POR LA LIGA INTERNACIONAL CONTRA LA EPILEPSIA

- I.- Relacionado a su localización (focal, local, parcial)
 - a) Idiopática
 - 1. Epilepsia infantil benigna con espiga centrotemporal
 - 2. Epilepsia infantil con paroxismo occipital
 - b) Sintomática
- II.- Epilepsia y síndromes generalizados
 - a) Idiopática
 - 1. Convulsiones benignas neonatales familiares
 - 2. Convulsiones benignas neonatales
 - 3. Epilepsia benigna mioclónica de la infancia
 - 4. Picnolesia, crisis de ausencia
 - 5. Epilepsia de ausencias juveniles
 - 6. Epilepsia mioclónica juvenil
 - 7. Epilepsia con crisis tónico-clónicas del despertar
 - b) Idiopática y/o sintomática en orden de aparición
 - 1. Síndrome West (Espasmos infantiles)
 - 2. Síndrome de Lennox-Gastaut
 - 3. Epilepsia con crisis mioclónicas-astáticas
 - 4. Epilepsia con ausencias mioclónicas
 - c) Sintomática
 - 1. Etiología no-específica (Encefalopatía mioclónica temprana)
 - 2. Síndromes específicos (Crisis epilépticas que se pueden complicar con algunas enfermedades)
- III.- Epilepsia y síndromes indeterminados (focales o generalizados)

- a) Crisis con inicio generalizado y que tienden a ser focales
 - 1. Crisis neonatales
 - 2. Epilepsia severa mioclónica en la infancia
 - 3. Epilepsia con espiga onda continua durante el sueño de onda lenta
 - 4. Afasia epiléptica adquirida

- b) Sin características inequívocas generalizadas o focales:
Bajo este título se cubren todos los casos GTCS, donde los resultados del EEG no permiten clasificación clara sobre su localización, tal como en los casos de mal del sueño.

IV.- Síndromes Especiales

- a) Convulsiones febriles
- b) Crisis relacionadas con situaciones identificables tales como estrés, cambios hormonales, drogas, alcohol o supresión de sueño
- c) Crisis epiléptica aislada aparentemente no provocada
- d) Epilepsia caracterizada por modos específicos
- e) Epilepsia Parcial continua progresiva de la infancia.

APÉNDICE "D"

SCID-II

Cuestionario de Personalidad Versión en español Dr. Antonio Costilla

Nombre: _____
 Número de Registro : _____
 Sexo (M1, F2): _____
 Fecha: _____
 Proyecto: _____ Aplicado por: _____

Instrucciones

Estas preguntas se refieren al tipo de persona que es usted habitualmente—es decir, cómo se ha sentido o comportado a lo largo de los últimos años. Encierre en un círculo "Sí" si la pregunta se aplica a usted completamente o casi completamente, o encierre en un círculo "No" si no se aplica a usted. Si no entiende una pregunta o no está seguro de qué responder, déjela en blanco.

- | | | | |
|---|----|----|------|
| 1. ¿Ha evitado trabajos o actividades en las que debía tratar con mucha gente? | NO | SI | PQ4 |
| 2. ¿Evita tratar con otras personas a menos que esté seguro(a) de que les va a caer bien? | NO | SI | PQ5 |
| 3. ¿Encuentra difícil ser "abierto(a)" aun con personas cercanas? | NO | SI | PQ6 |
| 4. ¿Le preocupa con frecuencia el ser criticado(a) o rechazado (a) en situaciones sociales? | NO | SI | PQ7 |
| 5. ¿Se queda usted habitualmente callado cuando conoce a nuevas personas? | NO | SI | PQ8 |
| 6. ¿Cree usted no ser tan bueno(a), tan inteligente o tan atractivo (a) como la mayor parte de las demás personas? | NO | SI | PQ9 |
| 7. ¿Le da miedo hacer cosas nuevas? | NO | SI | PQ10 |
| 8. ¿Necesita que los demás le den muchos consejos o lo tranquilicen mucho, para poder tomar decisiones cotidianas, como qué ropa ponerse o qué pedir en un restaurante? | NO | SI | PQ11 |
| 9. ¿Depende de otros para manejar áreas importantes de su vida como el dinero, el cuidado de los niños o dónde vivir? | NO | SI | PQ12 |
| 10. ¿Encuentra difícil decir que no está de acuerdo con otros aunque piense que están equivocados? | NO | SI | PQ13 |
| 11. ¿Encuentra difícil empezar un trabajo o actividad cuando no hay nadie que pueda ayudarle? | NO | SI | PQ14 |

SCID II

12. ¿Se ofrece frecuentemente para hacer cosas desagradables?	NO	SI	PQ15
13. ¿Se siente incómodo cuando está a solas?	NO	SI	PQ16
14. ¿Cuándo termina una relación cercana, siente que tiene que encontrar de inmediato a otra persona para que le cuide?	NO	SI	PQ17
15. ¿Le preocupa mucho la idea de quedarse solo y tener que cuidarse a si mismo?	NO	SI	PQ18
16. ¿Es usted el tipo de persona que se enfoca en los detalles, el orden y la organización, o al que le gusta hacer listas y horarios?	NO	SI	PQ19
17. ¿Tiene problemas para terminar sus labores porque pasa demasiado tiempo tratando de hacer las cosas exactamente bien?	NO	SI	PQ20
18. ¿Siente usted o alguna otra persona que está tan dedicado al trabajo (o a la escuela) que no le queda tiempo para nadie más, ni siquiera para divertirse?	NO	SI	PQ21
19. ¿Tiene normas muy elevadas sobre qué está bien y qué está mal?	NO	SI	PQ22
20. ¿Tiene problemas para tirar cosas porque podrían ser útiles algún día?	NO	SI	PQ23
21. ¿Es difícil para usted dejar que otros lo ayuden, a menos que estén de acuerdo en hacer las cosas exactamente en la forma que usted quiere?	NO	SI	PQ24
22. ¿Es difícil para usted gastar dinero en usted mismo o en otras personas, aún cuando tiene suficiente?	NO	SI	PQ25
23. ¿Frecuentemente está usted tan seguro de tener la razón que no le importa lo que digan los demás?	NO	SI	PQ26
24. ¿Le han dicho otras personas que es usted terco o rígido?	NO	SI	PQ27
25. ¿Cuándo alguien le pide que haga algo que no desea hacer, responde "sí" pero trabaja lentamente o hace un mal trabajo?	NO	SI	PQ28
26. Si usted no quiere hacer algo, ¿es frecuente que simplemente "olvide" hacerlo?	NO	SI	PQ29
27. ¿Siente con frecuencia que otras personas no lo comprenden o no aprecian sus esfuerzos?	NO	SI	PQ30

SCID II

28. ¿Frecuentemente está irritable y discute con otros fácilmente?	NO	SI	PQ31
29. ¿Ha encontrado que la mayor parte de sus jefes, maestros, supervisores, doctores y otras personas que se supone que deberían saber lo que están haciendo realmente no lo saben?	NO	SI	PQ32
30. ¿Frecuentemente piensa que no es justo que otras personas tengan más que usted?	NO	SI	PQ33
31. ¿Frecuentemente se queja de que le han pasado más cosas malas de las que le tocan?	NO	SI	PQ34
32. ¿Frecuentemente se rehúsa muy enojado a hacer cosas que otros le piden y luego se siente mal por ello y se disculpa?	NO	SI	PQ35
33. ¿Habitualmente siente que la vida no es bonita o se siente infeliz?	NO	SI	PQ36
34. ¿Siente que usted es básicamente una persona inadaptada y frecuentemente se siente mal sobre sí mismo?	NO	SI	PQ37
35. ¿Frecuentemente se menosprecia?	NO	SI	PQ38
36. ¿Insistentemente piensa en cosas malas que le han sucedido en el pasado o se preocupa por cosas malas que pudieran sucederle en el futuro?	NO	SI	PQ39
37. ¿Frecuentemente juzga a otros con dureza y fácilmente les encuentra fallas?	NO	SI	PQ40
38. ¿Cree usted que la mayor parte de las personas son básicamente malas?	NO	SI	PQ41
39. ¿Espera casi siempre que las cosas tengan malos resultados?	NO	SI	PQ42
40. ¿Se siente frecuentemente culpable por cosas que ha hecho o dejado de hacer?	NO	SI	PQ43
41. ¿Frecuentemente tiene que estar muy pendiente para impedir que la gente lo use o hiera?	NO	SI	PQ44
42. ¿Pasa mucho tiempo pensando si debe confiar en sus amigos o en la gente con la que trabaja?	NO	SI	PQ45
43. ¿Piensa que es mejor no dejar que la gente sepa mucho acerca de usted porque usarían ese conocimiento en su contra?	NO	SI	PQ46

SCID II

44. ¿Detecta frecuentemente amenazas o insultos ocultos en cosas que los demás dicen o hacen?	NO	SI	PQ47
45. ¿Es usted el tipo de persona que guarda rencores o tarda mucho tiempo para perdonar a personas que la han insultado o herido?	NO	SI	PQ48
46. ¿Hay muchas personas a quienes no puede perdonar por algo que le dijeron o hicieron hace mucho tiempo?	NO	SI	PQ49
47. ¿Frecuentemente se enoja o explota cuando alguien lo critica o insulta de alguna manera?	NO	SI	PQ50
48. ¿Frecuentemente sospecha que su pareja le ha sido infiel?	NO	SI	PQ51
49. ¿Cuándo sale a lugares públicos y ve gente hablando, frecuentemente siente que están hablando de usted?	NO	SI	PQ52
50. ¿Siente con frecuencia que cosas que no tienen un significado especial para la mayor parte de las personas en realidad están ahí para darle un mensaje?	NO	SI	PQ53
51. Cuando está con otros, ¿Siente con frecuencia que lo están observando o que se le quedan viendo?	NO	SI	PQ54
52. ¿Alguna vez ha sentido que podía hacer que pasaran cosas simplemente deseándoles o pensando en ellas?	NO	SI	PQ55
53. ¿Ha tenido experiencias sobrenaturales?	NO	SI	PQ56
54. ¿Cree usted tener un "sexto sentido" que le permite saber y predecir cosas que otros no pueden saber o predecir?	NO	SI	PQ57
55. ¿Frecuentemente le parece que objetos o sombras realmente son personas o animales, o que ruidos realmente son voces de personas?	NO	SI	PQ58
56. ¿Alguna vez ha sentido que alguna persona o fuerza está alrededor de usted, aún cuando no puede ver a nadie?	NO	SI	PQ59
57. ¿Frecuentemente ve auras o campos de energía alrededor de las personas?	NO	SI	PQ60
58. ¿Hay muy pocas personas de las que esté realmente cercano fuera de su familia inmediata?	NO	SI	PQ61
59. ¿Frecuentemente se siente nervioso cuando está con otras personas?	NO	SI	PQ62
60. ¿No es importante para usted el tener alguna relación cercana?	NO	SI	PQ63

SCID II

61. ¿Prefiere casi siempre hacer las cosas a solas en lugar de hacerlas con otras personas?	NO	SI	PQ64
62. ¿Podría sentirse a gusto sin jamás tener contacto sexual con alguna persona?	NO	SI	PQ65
63. ¿Son realmente muy pocas las cosas que le dan placer?	NO	SI	PQ66
64. ¿No le importa lo que la gente piense de usted?	NO	SI	PQ67
65. ¿Encuentra que nada lo pone muy contento o muy triste?	NO	SI	PQ68
66. ¿Le gusta ser el centro de la atención?	NO	SI	PQ69
67. ¿Coquetea mucho?	NO	SI	PQ70
68. ¿Frecuentemente se sorprende a sí mismo(a) mostrando sus emociones a otras personas?	NO	SI	PQ71
69. ¿Trata de llamar la atención con la forma en que se viste o ve?	NO	SI	PQ7
70. ¿Se esfuerza frecuentemente por ser dramático(a) y emocional?	NO	SI	PQ73
71. ¿Frecuentemente cambia de opinión respecto de las cosas dependiendo de las personas con las que este o lo que acabe de leer o ver en la televisión?	NO	SI	PQ74
72. ¿Tiene muchos amigos muy cercanos?	NO	SI	PQ75
73. ¿Ocurre con frecuencia que las personas no logren percibir en usted los talentos o logros excepcionales que posee?	NO	SI	PQ76
74. ¿Le ha dicho que tiene un opinión demasiado elevada sobre usted mismo?	NO	SI	PQ77
75. ¿Piensa mucho sobre el poder, la fama o el reconocimiento que algún día tendrá?	NO	SI	PQ78
76. ¿Piensa mucho sobre el romance perfecto que tendrán algún día?	NO	SI	PQ79
77. Cuando tiene un problema, ¿casi siempre insiste usted en ver a la persona con el puesto más alto?	NO	SI	PQ80
78. ¿Piensa que es importante pasar tiempo con personas que son especiales o influyentes?	NO	SI	PQ81

SCID II

79. ¿Es muy importante para usted que las personas le presten atención o le admiren de alguna forma?	NO	SI	PQ82
80. ¿Piensa usted que no es necesario seguir ciertas reglas o convenciones sociales cuando le estorban?	NO	SI	PQ83
81. ¿Siente que usted es el tipo de persona que merece un trato especial?	NO	SI	PQ84
82. ¿Frecuentemente encuentra necesario "pisar a algunos" para conseguir lo que quiere?	NO	SI	PQ85
83. ¿Frecuentemente tiene que poner sus necesidades por encima de las otras personas?	NO	SI	PQ86
84. ¿Frecuentemente espera que otras personas hagan lo que usted les pide sin preguntar debido esto a quién es usted?	NO	SI	PQ87
85. ¿Siente usted que en realidad NO está interesado en los problemas y sentimientos de las demás persons?	NO	SI	PQ88
86. ¿Se han quedado otras personas con usted de que realmente no los escucha o de que no da importancia a sus sentimientos?	NO	SI	PQ89
87. ¿Frecuentemente envidia a otras personas?	NO	SI	PQ90
88. ¿Siente usted que otros frecuentemente lo(a) envidian?	NO	SI	PQ91
89. ¿Encuentra que hay muy pocas personas que merezcan su tiempo y atención?	NO	SI	PQ92
90. ¿Frecuentemente se ha sentido enloquecer cuando ha pensado que alguien que realmente le importaba en ese momento iba a abandonarlo?	NO	SI	PQ93
91. ¿Tienen sus relaciones con personas que realmente le importan muchas altas y bajas extremas?	NO	SI	PQ94
92. ¿Ha cambiado usted de repente su concepto de quién es usted y hacia dónde va en la vida?	NO	SI	PQ95
93. ¿Cambia dramáticamente su concepto de quién es usted con frecuencia?	NO	SI	PQ96
94. ¿Es usted diferente con diferentes personas o en situaciones diferentes, de manera que a veces no sabe quién es usted realmente?	NO	SI	PQ97

SCID II

95. ¿Ha habido muchos cambios repentinos en sus objetivos, planes para hacer carrera, creencias religiosas y cosas así?	NO	SI	PQ98
96. ¿Frecuentemente ha hecho cosas en forma impulsiva?	NO	SI	PQ99
97. ¿Ha intentado hacerse daño o suicidarse, o ha amenazado con hacerlo?	NO	SI	PQ100
98. ¿Alguna vez se ha cortado, quemado o rasguñado a si mismo a propósito?	NO	SI	PQ101
99. ¿Tiene muchos cambios repentinos de estado de ánimo?	NO	SI	PQ102
100. ¿Frecuentemente se siente vacío interiormente?	NO	SI	PQ103
101. ¿Frecuentemente tiene explosiones de rabia o se enoja tanto que pierde el control?	NO	SI	PQ104
102. ¿Da golpes a otras personas o lanza objetos cuando está muy enojado(a)?	NO	SI	PQ105
103. ¿Ocurre que se ponga muy enojado(a) aún por cosas muy pequeñas?	NO	SI	PQ106
104. Cuando está bajo mucho estrés, ¿sospecha de otras personas o siente que lo aislan o alejan especialmente?	NO	SI	PQ107
105. Antes de cumplir 15 años, ¿molestaba o amenazaba a otros muchachos(as)?	NO	SI	PQ108
106. Antes de cumplir 15 años, ¿iniciaba peleas?	NO	SI	PQ109
107. Antes de cumplir 15 años, ¿hirió o amenazó a alguna persona con una arma, como un bate de béisbol, un ladrillo, una botella rota, un cuchillo o una pistola?	NO	SI	PQ110
108. Antes de cumplir 15 años, ¿alguna vez deliberadamente torturó a alguien o causó a alguien dolor y sufrimiento físicos?	NO	SI	PQ111
109. Antes de cumplir 15 años, ¿torturaba o hería animales a propósito?	NO	SI	PQ112
110. Antes de cumplir 15 años, ¿robó, asaltó o quitó por la fuerza algo a alguien a través de amenazarlo o amenazarla?	NO	SI	PQ113
111. Antes de cumplir 15 años, ¿forzó a alguien a tener relaciones sexuales con usted, a desvestirse en frente de usted, o a que le hicieran tocamientos sexuales?	NO	SI	PQ114

SCID II

112. Antes de cumplir 15 años ¿inicio algún incendio?	NO	SI	PQ115
113. Antes de cumplir 15 años ¿destruía deliberadamente cosas que no eran de usted?	NO	SI	PQ116
114. Antes de cumplir 15 años, ¿entraba por la fuerza en casa, otros edificios o automóviles?	NO	SI	PQ117
115. Antes de cumplir 15 años, ¿mentía mucho o estafaba a otras personas?	NO	SI	PQ118
116. Antes de cumplir 15 años, ¿en ocasiones robaba o sustruía cosas de las tiendas, o falsificaba la firma de alguien?	NO	SI	PQ119
117. Antes de cumplir 15 años, ¿alguna vez se escapó de su casa y se quedó fuera toda la noche?	NO	SI	PQ120
118. Antes de cumplir 13 años, ¿frecuentemente se quedaba fuera de casa hasta muy tarde, mucho tiempo después de la hora en la que se suponía que debía llegar?	NO	SI	PQ121
119. Antes de cumplir 13 años, ¿frecuentemente faltaba a la escuela?	NO	SI	PQ122

APÉNDICE “E”

ESCALA DE HAMILTON PARA LA ANSIEDAD

Nombre _____

Visitas
 Fechas / /
 día mes año

Instrucciones: Escriba el número que corresponde para cada reactivo de acuerdo a la siguiente escala:

0 Ausente 1 Leve 2 Moderado 3 Severo 4 Muy severo

VISITAS

ESTADO DE ANIMO ANSIOSO preocupaciones, expectación de que va a ocurrir lo peor, anticipación temerosa irritabilidad.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	SOMÁTICOS (sensoriales) Tinnitus, visión borrosa, bochornos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de punzadas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
--	--	---	--

TENSIÓN Sensación de tensión, fatigabilidad, respuesta de sobresalto, susceptibilidad al llanto, temblores, sensación de inquietud, incapacidad para relajarse.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	SÍNTOMAS CARDIOVASCULARES Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, pulsación de los vasos, sensación de vértigo, suspiros, disnea.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
--	--	---	--

TEMORES A la obscuridad, a los extraños quedarse solo, a los animales, al tráfico, a las multitudes.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	SÍNTOMAS RESPIRATORIOS Presión o constricción del pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
---	--	---	--

INSOMNIO Dificultad para quedarse dormido, interrupciones en el sueño, sueño insatisfecho y fatiga al despertar, sueños, pesadillas, terrores nocturnos.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	SÍNTOMAS GATROINTESTINALES Dificultad para deglutir, flatulencias, dolor abdominal, sensación de ardor, saciedad abdominal, náusea, vómito, borborigmos, evacuaciones sueltas, pérdida de peso, estreñimiento.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
---	--	---	--

INTELECTUALES Dificultad para concentrarse, memoria deficiente.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	SÍNTOMAS GENITOURINARIOS Micción frecuente, urgencia para orinar, amenorrea, menorragia, desarrollo de frigidez, eyaculación prematura, pérdida de libido, impotencia.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
--	--	---	--

ESTADO DE ANIMO DEPRIMIDO Pérdida de interés, ausencia de placer para los pasatiempos, depresión, despertar temprano por la mañana, cambios diurnos de ánimo.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	SÍNTOMAS AUTÓNOMOS Sequedad de boca, sonrojos, palidez, tendencia a transpirar, vahídos, cefalea por tensión, erizamiento del cabello.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
--	--	---	--

SOMÁTICOS (Musculares) Dolores, contorsiones, rigidez espasmos mioclónicos, rechinar los dientes, voz tembolorosa, aumento en el tono muscular.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	COMPORTAMIENTO DURANTE LA Intranquilidad, inquietud o tendencia a caminar de un lado a otro, temblor de las manos, ceño fruncido, expresión tensa en el rostro, suspiros o respiración rápida, palidez facial, deglutir saliva continuamente, etc.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
--	--	---	--

CALIFICACIÓN TOTAL

_____ Firma del Investigador

APÉNDICE "F"

ESCALA DE DEPRESION DE HAMILTON

Nombre: _____ Fecha: _____
 Evaluador: _____ Evaluación Basal
 Seleccione de cada reactivo la opción que mejor caracterice al enfermo en el momento de la evaluación.

1. ANIMO DEPRIMIDO (Triste, desesperanzado, desamparado, autodevaluado).

0. Ausente

1. Estos estados de ánimo se mencionaron en el interrogatorio
 2. Estos estados de ánimo se reportaron verbalmente en forma espontánea.
 3. Comunica estos estados de ánimo en forma "no verbal", es decir mediante expresiones faciales, actitudes, voz, tendencia al llanto etc.
 4. Comunica prácticamente sólo estos estados de ánimo, en su comunicación espontánea verbal y no verbal.
-

2. SENTIMIENTOS DE CULPA:

0. Ausente

1. Autorreproche, siente que ha defraudado a alguien.
 2. Ideas de culpa sobre errores pasados. Piensa en ellos repetitivamente y con preocupación.
 3. Piensa que la enfermedad actual es un castigo. Delirios de culpa.
 4. Escucha voces acusatorias que lo denuncias y/o experimente alucinaciones visuales amenazadoras.
-

3. SUICIDIO:

0. Ausente

1. Siente que no vale la pena vivir
 2. Desea morir o tiene pensamientos en relación a su propia muerte.
 3. Idea o gestos suicidas.
 4. Intentos de suicidio.
-

4. INSOMNIO INICIAL:

0. Sin dificultad para conciliar el sueño

1. Se queja de dificultad ocasional para conciliar el sueño, (más de media hora).
 2. Se queja de dificultad para conciliar el sueño todas las noches.
-

5. INSOMNIO INTERMEDIO

0. Sin dificultad

1. Se queja de estar inquieto y perturbado durante la noche
 2. Se despierta durante la noche y/o necesita levantarse de la cama (excepto para ir al baño)
-

6. INSOMNIO TERMINAL:

0. Sin dificultad

1. Se despierta durante la madrugada pero puede volver a dormirse
 2. Incapaz de volverse a dormir si se despierta en la madrugada o se levanta de la cama.
-

7. TRABAJO Y ACTIVIDADES:

0. Sin dificultad

1. Pensamientos y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad relacionados con sus actividades, su trabajo o pasatiempos.
 2. Pérdida de interés en sus actividades, pasatiempos o trabajo, ya sea reportado directamente por el enfermo o deducido directamente mediante sus negligencias, indecisiones y/o dtubeos (siente que tiene que hacer un gran esfuerzo para trabajar y/o desempeñar sus actividades).
 3. Disminución del tiempo que dedica a sus actividades o disminución en su productividad. En el hospital se califica con 3 si el enfermo no dedica cuando menos 3 horas diarias a las actividades rutinarias de su servicio de internación, si las hay.
 4. Dejó de trabajar debido a su enfermedad actual. En el hospital se califica con 4 al enfermo que no participa en ninguna de las actividades de rutina. si las hay.
-

8. RETARDO: (lentitud de pensamientos y/o palabra, dificultad para concentrarse, disminución de su actividad motora).**0. Ausente**

1. Ligerio retardo durante la entrevista
 2. Obvio retardo durante la entrevista
 3. Entrevista difícil debido al retardo
 4. Estupor completo.
-

9. AGITACION:**0. Ninguna**

1. Jugueteo de objetos (papeles, cabellos, etc.) con las manos
 2. Comerse las uñas, jalarse el cabello, morderse los labios etc.
-

10. ANSIEDAD PSIQUICA:**0. Ausente**

1. Tensión subjetiva e irritabilidad
 2. Preocupación por cosas triviales
 3. Actitud aprehensiva aparente pro su expresión
 4. Expresa miedo o temor espontáneamente
-

11. ANSIEDAD SOMATICA: (Equivalentes fisiológicas de la ansiedad). Gastrointestinales: (boca seca, gases, indigestión, diarrea, cólicos,ermetos). Cardiovascular: (palpitaciones, jaquecas). Respiratorio: (hiperventilación, suspiros). Aumento en la frecuencia urinaria, diatoresis.**0. Ausente**

1. Leve
 2. Moderada.
 3. Severa
 4. Incapacitante.
-

12. SINTOMAS SOMATICOS GASTROINTESTINALES:**0. Ninguno**

1. Pérdida de apetito, pero come sin la insistencia de sus familiares o del personal. Sensación de pesantez en el abdomen.
 2. Dificultad para comer, a pesar de la insistencia de sus familiares o del personal. Toma laxantes y otros medicamentos para síntomas gastrointestinales..
-

13. SINTOMAS SOMATICOS EN GENERAL:**0. Ninguno**

1. Sensación de pesantez en miembros, espalda o cabeza. Dolores de espalda, de cabeza o musculares. Pérdida de energia y fatiga.
 2. Todo síntoma físico específico se califica con 2
-

14. SINTOMAS GENITALES: (Pérdida de la libido, trastornos menstruales).

- 0. Ausente
- 1. Moderados
- 2. Severos

15. HIPOCONDRIASIS:

- 0. Ausente
- 1. Absorto en su propio cuerpo
- 2. Preocupación por su salud
- 3. Quejas frecuentes, peticiones de ayuda constantes, etc.
- 4. Delirios hipocondriacos

16. PERDIDA DE PESO: (Complétese ya sea A o B):

- A. Cuando se evalúa por historia (antes de tratamiento)
- B. Cuando se evalúa semanalmente.

(A)

- 0. Sin pérdida de peso
- 1. Probable pérdida de peso en relación a la enfermedad actual
- 2. Pérdida de peso definitiva según el paciente.

(B)

- 0. Pérdida menor de 0.5 Kg. de peso en la semana
- 1. Más de 0.5 Kg.
- 2. Más de 1 Kg.

17. INTROSPECCION:

- 0. Reconoce que ha estado deprimido y enfermo
- 1. Reconoce su enfermedad pero la atribuye a otras causas como mala alimentación, al clima, exceso de trabajo, algún virus, etc.
- 2. Niega estar enfermo

Subtotal Primeros 17 Items _____

18. VARIACIONES DIURNAS: (Complétese a.m o p.m., dependiendo si los síntomas son más severos en la mañana o en la tarde).

	A.M.	P.M.
	0. Ausente	0. Ausente
	1. Moderada	1. Moderada
	2. Severa	2. Severa

19. DESPERSONALIZACION Y DESREALIZACION: (sentimientos de irrealidad o ideas nihilistas).

- 0. Ausentes.
- 1. Leves
- 2. Moderados
- 3. Severos
- 4. Incapacitantes.

20. SINTOMAS PARANOIDES:

- 0. Ninguno
- 1. Sospechoso
- 2. Suspicaz
- 3. Ideas de referencia
- 4. Delirios de referencia y o persecución.

21. SINTOMAS OBSESIVOS-COMPULSIVOS:

- 0. Ausente
- 1. Moderados
- 2. Severos

TOTAL:

()

APÉNDICE "G"

INDICE DE CRISIS DE CRISIS DE ANGUSTIA (Revisado)

En cada columna circule el número que mejor describa las condiciones actuales del paciente

CRISIS DE ANGUSTIA ESPONTANEAS

Crisis de Angustia espontáneas que ocurren inesperadamente		Duración promedio de una crisis
Número (llene solo uno)	Intensidad	
_____ por día	1. No crisis	
o _____ por semana	2. Límite	
o _____ por mes	3. Leve	_____ horas _____ minutos
	4. Moderada	
	5. Marcada	
	6. Severa	
	7. Entre las crisis más severas	

CRISIS DE ANGUSTIA SITUACIONALES

Crisis de Angustia situacionales que ocurren en lugares específicos inmediatamente antes o durante la exposición a la situación		Duración promedio de una crisis
Número (llene solo uno)	Intensidad	
_____ por día	1. No crisis	
o _____ por semana	2. Límite	
o _____ por mes	3. Leve	_____ horas _____ minutos
	4. Moderada	
	5. Marcada	
	6. Severa	
	7. Entre las crisis más severas	

CRISIS DE ANGUSTIA ANTICIPATORIAS

Crisis de Angustia anticipatorias que ocurren cuando se imagina la situación que se teme		Duración promedio de una crisis
Número (llene solo uno)	Intensidad	
_____ por día	1. No crisis	
o _____ por semana	2. Límite	
o _____ por mes	3. Leve	_____ horas _____ minutos
	4. Moderada	
	5. Marcada	
	6. Severa	
	7. Entre las crisis más severas	

FECHA - -

EVALUADOR _____
Nombre y firma

APÉNDICE "H"
EPILEPSIA
IMPRESIÓN GLOBAL CLINICA

(Para ser llenado por el médico)

1. SEVERIDAD DE LA ENFERMEDAD.

Considerando su experiencia clínica total con esta población en particular, qué tan mentalmente enfermo(a) está el (la) paciente en este momento:

- | | | |
|---|---|--------------------------------|
| 1 | Normal en absoluto enfermo | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Enfermedad mental limítrofe | <input type="checkbox"/> |
| 3 | Levemente enfermo | <input type="checkbox"/> |
| 4 | Moderadamente enfermo | <input type="checkbox"/> |
| 5 | Marcadamente enfermo | <input type="checkbox"/> |
| 6 | Gravemente enfermo | <input type="checkbox"/> |
| 7 | Dentro de los pacientes extremadamente enfermos | <input type="checkbox"/> |

2. MEJORIA GLOBAL.

Comparado con su condición al momento de admisión al estudio, qué tanto ha cambiado.

- | | | |
|---|--|--------------------------------|
| 1 | El paciente se encuentra mucho mejor | <input type="checkbox"/> |
| 2 | El paciente se encuentra mejor | <input type="checkbox"/> |
| 3 | El paciente se encuentra un poco mejor | <input type="checkbox"/> |
| 4 | El paciente se encuentra igual | <input type="checkbox"/> |
| 5 | El paciente se encuentra un poco peor | <input type="checkbox"/> |
| 6 | El paciente se encuentra peor | <input type="checkbox"/> |
| 7 | El paciente se encuentra mucho peor | <input type="checkbox"/> |

APÉNDICE "I"

TRASTORNO DE CRISIS DE ANGUSTIA IMPRESIÓN GLOBAL CLINICA EPILEPSIA Y CRISIS DE ANGUSTIA

(Para ser llenado por el médico)

3. SEVERIDAD DE LA ENFERMEDAD.

Considerando su experiencia clínica total con esta población en particular, qué tan mentalmente enfermo(a) está el (la) paciente en este momento:

- | | | | |
|---|---|-------|--------------------------|
| 1 | Normal en absoluto enfermo | | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Enfermedad mental limítrofe | | <input type="checkbox"/> |
| 3 | Levemente enfermo | | <input type="checkbox"/> |
| 4 | Moderadamente enfermo | | <input type="checkbox"/> |
| 5 | Marcadamente enfermo | | <input type="checkbox"/> |
| 6 | Gravemente enfermo | | <input type="checkbox"/> |
| 8 | Dentro de los pacientes extremadamente enfermos | | <input type="checkbox"/> |

4. MEJORIA GLOBAL.

Comparado con su condición al momento de admisión al estudio, qué tanto ha cambiado.

- | | | | |
|---|--|-------|--------------------------|
| 1 | El paciente se encuentra mucho mejor | | <input type="checkbox"/> |
| 2 | El paciente se encuentra mejor | | <input type="checkbox"/> |
| 3 | El paciente se encuentra un poco mejor | | <input type="checkbox"/> |
| 4 | El paciente se encuentra igual | | <input type="checkbox"/> |
| 5 | El paciente se encuentra un poco peor | | <input type="checkbox"/> |
| 6 | El paciente se encuentra peor | | <input type="checkbox"/> |
| 7 | El paciente se encuentra mucho peor | | <input type="checkbox"/> |

APÉNDICE "J"

TRASTORNO DE CRISIS DE ANGUSTIA IMPRESION GLOBAL CLINICA ANSIEDAD ANTICIPATORIA

(Para ser llenado por el médico)

1. SEVERIDAD DE LA ENFERMEDAD.

Considerando su experiencia clínica total con esta población en particular, qué tan mentalmente enfermo(a) está el (la) paciente en este momento:

- | | | |
|---|----------------------------|--------------------------|
| 1 | Normal | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Limítrofe | <input type="checkbox"/> |
| 3 | Leve | <input type="checkbox"/> |
| 4 | Moderada | <input type="checkbox"/> |
| 5 | Marcada | <input type="checkbox"/> |
| 6 | Grave | <input type="checkbox"/> |
| 7 | Extremadamente grave | <input type="checkbox"/> |

2. MEJORIA GLOBAL.

Comparado con su condición al momento de admisión al estudio, qué tanto ha cambiado.

- | | | |
|---|--|--------------------------|
| 1 | El paciente se encuentra mucho mejor | <input type="checkbox"/> |
| 2 | El paciente se encuentra mejor | <input type="checkbox"/> |
| 3 | El paciente se encuentra un poco mejor | <input type="checkbox"/> |
| 4 | El paciente se encuentra igual | <input type="checkbox"/> |
| 5 | El paciente se encuentra un poco peor | <input type="checkbox"/> |
| 6 | El paciente se encuentra peor | <input type="checkbox"/> |
| 7 | El paciente se encuentra mucho peor | <input type="checkbox"/> |

APÉNDICE "K"

TRASTORNO DE CRISIS DE ANGUSTIA EPISODIOS DE ANSIEDAD ESPONTANEOS

(Para ser llenado por el médico)

1. SEVERIDAD DE LA ENFERMEDAD.

Considerando su experiencia clínica total con esta población en particular, qué tan severos son en este paciente en este momento sus episodios de ansiedad espontáneos:

- | | | |
|---|------------------------------------|--------------------------|
| 1 | Normal, no crisis..... | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Crisis de severidad limite | <input type="checkbox"/> |
| 3 | Leves | <input type="checkbox"/> |
| 4 | Moderadas | <input type="checkbox"/> |
| 5 | Marcadas | <input type="checkbox"/> |
| 6 | Graves | <input type="checkbox"/> |
| 7 | Crisis extremadamente graves | <input type="checkbox"/> |

2. MEJORIA GLOBAL.

Comparado con su condición al momento de admisión al estudio, qué tanto ha cambiado la severidad de sus crisis.

- | | | |
|---|---------------------|--------------------------|
| 1 | Mucho mejor | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Mejor | <input type="checkbox"/> |
| 3 | Un poco mejor | <input type="checkbox"/> |
| 4 | Igual | <input type="checkbox"/> |
| 5 | Un poco peor | <input type="checkbox"/> |
| 6 | Peor | <input type="checkbox"/> |
| 7 | Mucho peor | <input type="checkbox"/> |

APÉNDICE "L"

TRASTORNO DE CRISIS DE ANGUSTIA IMPRESIÓN GLOBAL CLINICA EVITACION FOBICA

(Para ser llenado por el médico)

1. SEVERIDAD DE LA ENFERMEDAD.

Considerando su experiencia clínica total con esta población en particular, qué tan mentalmente enfermo(a) está el (la) paciente en este momento:

- | | | |
|---|----------------------------|--------------------------|
| 1 | Normal | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Limitrofre | <input type="checkbox"/> |
| 3 | Leve | <input type="checkbox"/> |
| 4 | Moderada | <input type="checkbox"/> |
| 5 | Marcada | <input type="checkbox"/> |
| 6 | Grave | <input type="checkbox"/> |
| 7 | Extremadamente grave | <input type="checkbox"/> |

2. MEJORIA GLOBAL.

Comparado con su condición al momento de admisión al estudio, qué tanto ha cambiado.

- | | | |
|---|--|--------------------------|
| 1 | El paciente se encuentra mucho mejor | <input type="checkbox"/> |
| 2 | El paciente se encuentra mejor | <input type="checkbox"/> |
| 3 | El paciente se encuentra un poco mejor | <input type="checkbox"/> |
| 4 | El paciente se encuentra igual | <input type="checkbox"/> |
| 5 | El paciente se encuentra un poco peor | <input type="checkbox"/> |
| 6 | El paciente se encuentra peor | <input type="checkbox"/> |
| 7 | El paciente se encuentra mucho peor | <input type="checkbox"/> |

APÉNDICE "M"

LISTA DE SINTOMAS ATÍPICOS DE BOULENGER Y COLABORADORES

	SI	NO
DESREALIZACION (Impresión subita de sentir extraño el mundo exterior, pérdida del carácter familiar del ambiente, sensación de vivir un sueño o pesadilla, de estar alejado o sin contacto de lo que le rodea)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DESPERSONALIZACION (Impresión de extrañeza interior, de pérdida de los límites corporales, sensación de vacío o estar "lleno" más frecuente a nivel de la cabeza)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SENSACIÓN DE LO JAMAS VISTO (JAMAIS VU)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MODIFICACIONES DE LA INTENSIDAD LUMINOSA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VISION BORROSA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DISTORSION SUBITA DE LAS DISTANCIAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MODIFICACIÓN SUBITA DE LAS FORMAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MODIFICACIÓN SUBITA DE LA INTENSIDAD AUDITIVA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SENSACIÓN EPIGASTRICA (De calor, de plenitud, de tensión que irradia a la garganta o torax)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SENSACIONES VESTIBULARES (Flotar, de movimiento)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ACELERACIÓN DEL CURSO DEL PENSAMIENTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ENLENTECIMIENTO DE LA NOCIÓN DEL TIEMPO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

APÉNDICE "N"

LISTA DE MIEDOS EN AGORAFOBIA DE BOULENGER Y UHDE

	SI	NO
AUTOMÓVIL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONducIR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ESTAR EN TIENDAS, CENTROS COMERCIALES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ESTAR SOLO(A)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ESTAR EN MULTITUDES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HACER FILA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALEJARSE O SALIR DE CASA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ESTAR EN RESTAURANTES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ESTAR EN ELEVADORES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ESTAR EN ESCALERAS ELECTRICAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IR AL MEDICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IR AL DENTISTA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ESTAR ENCERRADO(A) (CLAUSTROFOBIA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PASAR POR PUENTES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PASAR POR TUNELES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
REUNIONES, ENCONTRARSE CON EXTRAÑOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TRANSPORTES PUBLICOS, AUTOBÚS, METRO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VIAJES EN AVION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VIAJES CERCANOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALTURAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ESPACIOS ABIERTOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OTRO _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OTRO _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OTRO _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

APÉNDICE "O"

IMPRESIÓN GLOBAL CLÍNICA FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL

(Para ser llenado por el médico)

1. SEVERIDAD DE LA DISFUNCIÓN.

Considerando su experiencia clínica total con esta población en particular, qué tan severamente afectado está este paciente en este momento:

- | | | | |
|---|------------------------------------|-------|--------------------------|
| 1 | Normal, sin disfunción | | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Disfunción límite | | <input type="checkbox"/> |
| 3 | Leve disfunción | | <input type="checkbox"/> |
| 4 | Moderada disfunción | | <input type="checkbox"/> |
| 5 | Marcada disfunción | | <input type="checkbox"/> |
| 6 | Disfunción grave | | <input type="checkbox"/> |
| 7 | Disfunciones extremadamente graves | | <input type="checkbox"/> |

2. MEJORIA GLOBAL.

Comparado con su condición al momento de admisión al estudio, qué tanto ha cambiado el funcionamiento del paciente.

- | | | | |
|---|---------------|-------|--------------------------|
| 1 | Mucho mejor | | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Mejor | | <input type="checkbox"/> |
| 3 | Un poco mejor | | <input type="checkbox"/> |
| 4 | Igual | | <input type="checkbox"/> |
| 5 | Un poco peor | | <input type="checkbox"/> |
| 6 | Peor | | <input type="checkbox"/> |
| 7 | Mucho peor | | <input type="checkbox"/> |

APÉNDICE "P"

PHOBIC AVOIDANCE RATING SCALE (PARS)

Avoidance is rated according to the following criteria:

- 0 - No avoidance
- 1 - Does not avoid the situation, but has avoidant tendencies within it
- 2 - Sometimes avoid and sometimes not, depending on how one feels at that specific time
- 3 - Avoids the situation regularly, but is able to expose oneself in presence of safeguarding conditions
- 4 - Avoids the situation regularly, safeguarding conditions make no difference

No. Situation

1	Walk away from home alone	-----	_____
2	Walking on the street alone	-----	_____
3	Walking across open spaces alone	-----	_____
4	Traveling by buss or train alone	-----	_____
5	Going to theater, cinema unaccompanied	-----	_____
6	Shopping, standing in lines unaccompanied	-----	_____
7	Going to meetings	-----	_____
8	Going to parties	-----	_____
9	Receiving guests at home	-----	_____
10	Riding lifts	-----	_____
11	Seing in high places	-----	_____
12	Walking over bridges	-----	_____
13	Being in enclosed spaces	-----	_____

Separation phobia score : $\frac{\text{sum (1-6)}}{6} =$

Social phobia score : $\frac{\text{sum (7-9)}}{3} =$

Simple phobia score : $\frac{\text{sum (10-13)}}{4} =$

APÉNDICE "Q"

INDICE DE CRISIS EPILEPTICAS

En cada columna circule el número que mejor describa las condiciones actuales del paciente

CRISIS PARCIALES

Crisis de parciales Número (llene solo uno)	Duración promedio de una crisis
_____ por día	_____ horas _____ minutos
o _____ por semana	
o _____ por mes	

CRISIS GENERALIZADAS

Crisis de parciales Número (llene solo uno)	Duración promedio de una crisis
_____ por día	_____ horas _____ minutos
o _____ por semana	
o _____ por mes	

FECHA - -

EVALUADOR _____
Nombre y firma

APÉNDICE "R"

IMPRESION GLOBAL DEL PACIENTE

(Para ser llenado por el paciente)

Marque en el recuadro la respuesta que más corresponda

1. SEVERIDAD DE LA ENFERMEDAD.

Evalúe la intensidad de sus síntomas. Considere su estado desde su última visita hasta el día de hoy.

- | | | |
|---|------------------------------|--------------------------|
| 1 | Normal | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Apenas presentes | <input type="checkbox"/> |
| 3 | Muy leves | <input type="checkbox"/> |
| 4 | Moderados | <input type="checkbox"/> |
| 5 | Marcados | <input type="checkbox"/> |
| 6 | Severos | <input type="checkbox"/> |
| 7 | Extremadamente severos | <input type="checkbox"/> |

2. MEJORIA GLOBAL DE LA ENFERMEDAD

Tomando en cuenta su estado inicial antes del tratamiento ¿ha sentido alguna mejoría.

- | | | |
|---|-----------------------------------|--------------------------|
| 1 | He mejorado mucho | <input type="checkbox"/> |
| 2 | He mejorado moderadamente | <input type="checkbox"/> |
| 3 | He mejorado muy poco | <input type="checkbox"/> |
| 4 | No he observado cambios | <input type="checkbox"/> |
| 5 | He estado un poco peor | <input type="checkbox"/> |
| 6 | He estado mucho peor | <input type="checkbox"/> |
| 7 | He empeorado extremadamente | <input type="checkbox"/> |

APÉNDICE "S"

CUESTIONARIO DE MIEDOS

Versión al español Dr. Alfonso Ontiveros

NOMBRE: _____ Edad _____
Sexo _____

Fecha: _____

Escoja un número de la escala de abajo para mostrar cuánto evitaría, por temor a otro sentimiento desagradable, cada situación abajo enlistada. Hecho esto escriba en el número que escogió en el recuadro que corresponde a cada situación.

0	1	2	3	4	5	6	7	8
NO LO EVITARÍA	LO EVITARÍA POCO	DEFINITIVAMENTE LO EVITARÍA			LO EVITARÍA MARCADAMENTE		SIEMPRE LO EVITO	
1. Fobia principal que desea tratar (describa con sus propias palabras)								-- <input type="checkbox"/>

2. Inyecciones o cirugía menor								-- <input type="checkbox"/>
3. Comer o beber con otras personas								-- <input type="checkbox"/>
4. Hospitales								-- <input type="checkbox"/>
5. Viajar solo en camión o vehículos cerrados								-- <input type="checkbox"/>
6. Caminar solo en calles muy transitadas								-- <input type="checkbox"/>
7. Ser visto u observado fijamente								-- <input type="checkbox"/>
8. Entrar a tiendas llenas de gente								-- <input type="checkbox"/>
9. Hablar con persona de autoridad								-- <input type="checkbox"/>
10. Ver sangre								-- <input type="checkbox"/>
11. Ser criticado								-- <input type="checkbox"/>
12. Ir solo lejos de casa								-- <input type="checkbox"/>
13. Ideas de lesiones o enfermedades								-- <input type="checkbox"/>
14. Hablar o actuar ante un público								-- <input type="checkbox"/>
15. Los grandes espacios abiertos								-- <input type="checkbox"/>
16. Ir al dentista								-- <input type="checkbox"/>
17. Otras situaciones (describalas)								-- <input type="checkbox"/>

deje en blanco

APÉNDICE "T"

Fecha

 / /
Número de
Paciente

Iniciales del
Paciente

Mejor estado de
salud imaginable

EUROQOL

Para ayudar a la gente a describir lo bueno o malo que es su estado de salud, hemos dibujado una escala Parecida a un termómetro en el cual se marca con un 100 el mejor estado de salud que pueda imaginarse y con un 0 el peor estado de salud que pueda imaginarse.

Nos gustaría que nos indicara en ésta escala, en su Opinión, cómo es su estado de salud en el día de HOY. Por favor, dibuje una línea desde el punto más bajo del Termómetro hasta el punto que en su opinión indique Cómo es su estado de salud en el día de hoy.

Su estado de
Salud HOY

Ansiedad

100

95

90

85

80

75

70

65

60

55

50

45

40

35

30

25

20

15

10

0

 Peor estado
de salud
imaginable

APENDICE "U"

CLINICA DE INVESTIGACION EN ANSIEDAD Y DEPRESION

Cuestionario SCL-90

SCL-90 Versión en Español

Dr. Alfonso Ontiveros

Sugerencia Estilística

Profesores: R. Chandler y Martha Valadez

Nombre : _____
No.de Registro _____ Sexo (M1 F2) Fecha _____

Abajo está una lista de problemas y quejas que la gente tiene a veces. Por favor lea cuidadosamente cada uno. Después de haberlo hecho por favor llene uno de los espacios numerados de lado derecho que mejor describa que tanto ese problema le ha molestado o angustiado durante la última semana incluyendo hoy. Tache solo un espacio numerado por cada problema.

¿Cuánto le han molestado?	NADA	UN POCO	MODERA- DAMENTE	BASTANTE	EXCESIVA- MENTE
1. Dolores de cabeza	0	1	2	3	4
2. Nerviosismo o sensación de temblor interior	0	1	2	3	4
3. Pensamientos, ideas o palabras que no desea y que no dejan su mente	0	1	2	3	4
4. Sensación de desmayo o mareo	0	1	2	3	4
5. Pérdida de placer o de interés por el sexo	0	1	2	3	4
6. Deseos de criticar a otros	0	1	2	3	4
7. La idea de que alguien puede controlar sus pensamientos	0	1	2	3	4
8. La impresión de que los demás son culpables de gran parte de sus problemas	0	1	2	3	4
9. Problemas para recordar las cosas	0	1	2	3	4
10. El desorden o descuido le preocupan	0	1	2	3	4
11. Sentirse fácilmente irritable o molesto (a)	0	1	2	3	4
12. Dolores en el corazón o en el pecho	0	1	2	3	4

APENDICE "U"

CLINICA DE INVESTIGACION EN ANSIEDAD Y DEPRESION

Cuestionario SCL-90
SCL-90 Versión en Español
Dr. Alfonso Ontiveros
Sugerencia Estilística
Profesores: R. Chandler y Martha Valadez

Nombre : _____
No. de Registro _____ Sexo (M1 F2) Fecha _____

Abajo está una lista de problemas y quejas que la gente tiene a veces. Por favor lea cuidadosamente cada uno. Después de haberlo hecho por favor llene uno de los espacios numerados de lado derecho que mejor describa que tanto ese problema le ha molestado o angustiado durante la última semana incluyendo hoy. Tache solo un espacio numerado por cada problema.

¿Cuánto le han molestado?	NADA	UN POCO	MODERA- DAMENTE	BASTANTE	EXCESIVA- MENTE
1. Dolores de cabeza	0	1	2	3	4
2. Nerviosismo o sensación de temblor interior	0	1	2	3	4
3. Pensamientos, ideas o palabras que no desea y que no dejan su mente	0	1	2	3	4
4. Sensación de desmayo o mareo	0	1	2	3	4
5. Pérdida de placer o de interés por el sexo	0	1	2	3	4
6. Deseos de criticar a otros	0	1	2	3	4
7. La idea de que alguien puede controlar sus pensamientos	0	1	2	3	4
8. La impresión de que los demás son culpables de gran parte de sus problemas	0	1	2	3	4
9. Problemas para recordar las cosas	0	1	2	3	4
10. El desorden o descuido le preocupan	0	1	2	3	4
11. Sentirse fácilmente irritable o molesto (a)	0	1	2	3	4
12. Dolores en el corazón o en el pecho	0	1	2	3	4

¿Cuánto le han molestado?	NADA	UN POCO	MODERA- DAMENTE	BASTANTE	EXCESIVA- MENTE
13.Sentir miedo en espacios abiertos o en la calle	0	1	2	3	4
14.Sentirse bajo en energías o lentificado	0	1	2	3	4
15.Ideas de quitarse la vida	0	1	2	3	4
16.Oír voces que otra gente no oye	0	1	2	3	4
17.Temblores	0	1	2	3	4
18.Sentir que la mayoría de la gente no es de fiar	0	1	2	3	4
19.Bajo de apetito	0	1	2	3	4
20.Llorar fácilmente	0	1	2	3	4
21.Sentir timidez o intranquilidad con personas del sexo opuesto	0	1	2	3	4
22.Sentirse atrapado (a) o sin salida	0	1	2	3	4
23.De repente sentirse asustado (a) sin razón	0	1	2	3	4
24.Crisis de enojo que no puede controlar	0	1	2	3	4
25.Sentir temor a salir de casa solo (a)	0	1	2	3	4
26.Culparse por cosas	0	1	2	3	4
27.Dolores en la parte inferior de la espalda	0	1	2	3	4
28.Sentirse bloqueado (a) al hacer cosas	0	1	2	3	4
29.Sentirse sólo(a)	0	1	2	3	4
30.Sentirse triste	0	1	2	3	4
31.Preocuparse demasiado por las cosas	0	1	2	3	4
32.Pérdida de interés	0	1	2	3	4
33.Sentirse temeroso (a)	0	1	2	3	4
34.Sentirse fácilmente herido (a)	0	1	2	3	4
35. Que otra gente esté enterado (a) de sus pensamientos	0	1	2	3	4
36.Sentir que los demás no lo (a) comprenden o lo (a) compadecen	0	1	2	3	4

¿Cuánto le han molestado?	NADA	UN POCO	MODERA- DAMENTE	BASTANTE	EXCESIVA- MENTE
37.Sentir que la gente no es amable con usted o que usted les cae mal	0	1	2	3	4
38.Tener que hacer las cosas demasiado lento para asegurarse de que estan bien hechas	0	1	2	3	4
39.Látidos rápidos o fuertes	0	1	2	3	4
40.Náuseas o malestar estomacal	0	1	2	3	4
41.Sentirse inferior a los demás	0	1	2	3	4
42.Sentir los musculos adoloridos	0	1	2	3	4
43.La sensación de que la gente lo (a) observa o habla de usted	0	1	2	3	4
44.Dificultades para iniciar el sueño	0	1	2	3	4
45.Tener que checar y recheckar lo que hace	0	1	2	3	4
46.Dificultades para tomar decisiones	0	1	2	3	4
47.Sentir temor para viajar en camión, tren o metro	0	1	2	3	4
48.Problemas para respirar	0	1	2	3	4
49.Escalofríos o bochornos	0	1	2	3	4
50.Tener que evitar ciertas cosas lugares o actividades porque les teme	0	1	2	3	4
51.Su mente se queda en blanco	0	1	2	3	4
52.Alguna(s) partes(s) de su cuerpo se le duermen o le hormiguea(n)	0	1	2	3	4
53.Sentir un nudo en la garganta	0	1	2	3	4
54.No sentir esperanza en el futuro	0	1	2	3	4
55.Problemas para concentrarse	0	1	2	3	4

¿Cuánto le han molestado?	NADA	UN POCO	MODERA- DAMENTE	BASTANTE	EXCESIVA- MENTE
56.Sensación de debilidad en alguna parte de su cuerpo	0	1	2	3	4
57.Sentirse tenso (a) desesperado	0	1	2	3	4
58.Sentir pesados brazos o piernas	0	1	2	3	4
59.Pensamientos de muerte o de morir	0	1	2	3	4
60.Comer demasiado	0	1	2	3	4
61.Sentirse intranquilo cuando la gente lo (a) mira o habla de usted	0	1	2	3	4
62.Tener pensamientos que no son de usted	0	1	2	3	4
63.Deseos de golpear, herir o hacer daño a alguien	0	1	2	3	4
64.Despertarse en la madrugada	0	1	2	3	4
65.Tener que repetir ciertas cosas como tocar, contar o lavar	0	1	2	3	4
66.Sueño inquieto o perturbado	0	1	2	3	4
67.Ganas de romper o destrozar cosas	0	1	2	3	4
68.Tener ideas o creencias que otros no comparten	0	1	2	3	4
69.Sentir mucha inseguridad cuando esta con otros	0	1	2	3	4
70.Sentirse intranquilo (a) donde hay mucha gente (mercado, cine...)	0	1	2	3	4
71.Sentir que todo es un esfuerzo	0	1	2	3	4
72.Tener episodios de terror o pánico	0	1	2	3	4
73.Sentirse incomodo (a) cuando come en público	0	1	2	3	4
74.Meterse en discusiones frecuentemente	0	1	2	3	4
75.Sentirse nervioso (a) cuando lo (a) dejan solo (a)	0	1	2	3	4

¿Cuánto le han molestado?	NADA	UN POCO	MODERA- DAMENTE	BASTANTE	EXCESIVA- MENTE
76. La gente no reconoce sus logros	0	1	2	3	4
77. Sentirse solo (a) aún cuando esta con gente	0	1	2	3	4
78. Sentirse tan inquieto (a) que no puede estar ni sentado (a)	0	1	2	3	4
79. Sentirse bueno (a) para nada	0	1	2	3	4
80. Que las cosas conocidas son irreales o extrañas	0	1	2	3	4
81. Gritar o aventar cosas	0	1	2	3	4
82. Sentir temor de desmayarse en público	0	1	2	3	4
83. Sensación de que si los deja, la gente se va a aprovechar de usted	0	1	2	3	4
84. Tener pensamientos sexuales que le molestan mucho	0	1	2	3	4
85. La idea de que debe ser castigado (a) por sus pecados	0	1	2	3	4
86. Sentirse presionado (a) para hacer las cosas	0	1	2	3	4
87. La idea de que algo serio anda mal en su cuerpo	0	1	2	3	4
88. No sentir afecto hacia una persona	0	1	2	3	4
89. Sentimientos de culpa	0	1	2	3	4
90. La idea de que algo marcha mal en su mente	0	1	2	3	4

APÉNDICE "V"

INVENTARIO DE BECK

Nombre: _____ **Fecha:** _____

En este cuestionario hay grupos de oraciones, por favor lea cada grupo cuidadosamente y escoja la oración de cada grupo que mejor describa como se ha sentido esta última semana, incluyendo hoy.

Marque con una X la oración que haya escogido. Si varias oraciones en el grupo parecen aplicarse a su caso marque sólo una. Asegúrese de leer todas las aseveraciones en cada grupo antes de contestar.

- 1) _____ No me siento triste.
 _____ Me siento triste.
 _____ Me siento triste todo el tiempo y no puedo animarme.
 _____ Me siento tan triste o infeliz que ya no lo soporto.

- 2) _____ No me siento desanimado acerca del futuro.
 _____ Me siento desanimado acerca del futuro.
 _____ Siento que no tengo para qué pensar en el porvenir.
 _____ Siento que no hay esperanza para el futuro y que las cosas no pueden mejorar.

- 3) _____ No me siento como un fracasado (a).
 _____ Siento que he fracasado más que otras personas.
 _____ Conforme veo hacia atrás en mi vida, todo lo que puedo ver son muchos fracasos.
 _____ Siento que como persona soy un completo fracaso.

- 4) _____ Obtengo tanta satisfacción de las cosas como siempre.
 _____ No disfruto de las cosas como antes.
 _____ Ya no obtengo satisfacción de nada.
 _____ Estoy insatisfecho y molesto con todo.

- 5) _____ No me siento culpable.
 _____ En algunos momentos me siento culpable.
 _____ La mayor parte del tiempo me siento algo culpable.
 _____ Me siento culpable todo el tiempo.

- 6) _____ No siento que seré castigado.

- _____ Siento que puedo ser castigado.
 _____ Creo que seré castigado.
 _____ Siento que estoy siendo castigado.
- 7) _____ No me siento descontento conmigo mismo.
 _____ Me siento descontento conmigo mismo.
 _____ Me siento a disgusto conmigo mismo.
 _____ Me odio a mi mismo.
- 8) _____ No siento que sea peor que otros.
 _____ Me critico a mi mismo por debilidad y mis errores.
 _____ Me culpo todo el tiempo por mis errores.
 _____ Me culpo por todo lo malo que sucede.
- 9) _____ No tengo ninguna idea acerca de suicidarme.
 _____ Tengo ideas de suicidarme pero no lo haría.
 _____ Quisiera suicidarme.
 _____ Me suicidaría si tuviera la oportunidad.
- 10) _____ No lloro más que de costumbre.
 _____ Lloro más que antes.
 _____ Lloro todo el tiempo.
 _____ Podía llorar pero ahora no puedo aunque quiera.
- 11) _____ Ahora no estoy más irritable que antes.
 _____ Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
 _____ Me siento irritado todo el tiempo.
 _____ No me irrito para nada con las cosas que antes me irritaban.
- 12) _____ No he perdido el interés en la gente.
 _____ No me interesa la gente como antes.
 _____ He perdido la mayor parte de mi interés en la gente.
 _____ He perdido todo el interés en la gente.
- 13) _____ tomo decisiones tan bien como siempre.
 _____ Pospongo decisiones con más frecuencia que antes.
 _____ Se me dificulta tomar decisiones.
 _____ No puedo tomar decisiones en nada.
- 14) _____ No siento que me vea más feo que antes.
 _____ Me preocupa que me vea viejo y feo.
 _____ Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que hacen que me vea feo.
 _____ Creo que me veo horrible.
- 15) _____ Puedo trabajar tan bien como antes.

- _____ Tengo que hacer un esfuerzo extra para iniciar algo.
_____ Tengo que obligarme a hacer cualquier cosa.
_____ No puedo trabajar para nada.
- 16) _____ Duermo tan bien como antes.
_____ No duermo tan bien como antes.
_____ Me despierto 1 ó 2 horas antes de lo acostumbrado y
_____ me es difícil volver a dormirme.
_____ Me despierto muchas horas antes de mi hora
_____ acostumbrada y no puedo volver a dormirme.
- 17) _____ No me canso más de lo habitual.
_____ Me canso más fácilmente que antes.,
_____ Me canso de hacer casi cualquier cosa.
_____ Me siento muy cansado de hacer cualquier cosa.
- 18) _____ Mi apetito es igual que siempre.
_____ Mi apetito no es tan bueno como antes.
_____ Casi no tengo apetito.
_____ No tengo apetito en absoluto.
- 19) _____ No he perdido peso o casi nada.
_____ He perdido más de 2.5 kilos.
_____ He perdido más de 5 kilos.
_____ He perdido más de 7.5 kilos (Estoy a dieta SI ___NO___)
- 20) _____ Mi salud no me preocupa más que antes.
_____ Me preocupan molestias como dolores de cabeza,
_____ malestar estomacal o estreñimiento.
_____ Estoy tan preocupado por mis molestias físicas que es
_____ difícil que pueda pensar en otra cosa.
_____ Estoy tan preocupado por mis molestias físicas que no
_____ puedo pensar en otra cosa.
- 21) _____ Mi interés por el sexo es igual que antes.
_____ Estoy menos interesado en el sexo que antes.
_____ Ahora estoy mucho más interesado en el sexo que antes.
_____ He perdido completamente el interés en el sexo.

APÉNDICE "W"

IMPRESIÓN GLOBAL DEL PACIENTE

(Para ser llenado por el paciente)
Marque en el recuadro la respuesta que más corresponda

1. SEVERIDAD DE LA ENFERMEDAD

Evalúe la intensidad de sus síntomas. Considere su estado desde su última visita hasta el día de hoy.

- 1 Normal
- 2 Apenas presentes
- 3 Muy leves
- 4 Moderados
- 5 Severos
- 6 Extremadamente severos

2. Tomando en cuenta su estado inicial antes del tratamiento ¿ha sentido alguna mejoría?

- 1 He mejorado mucho
- 2 He mejorado moderadamente
- 3 He mejorado muy poco
- 4 No he observado cambios
- 5 He estado un poco mejor
- 6 He estado mucho peor
- 7 He empeorado extremadamente.

APÉNDICE "X"

ESCALA DE AUTOEVALUACION DE SINTOMAS DE PANICO

(Self-rating Panic Symptom Scale PSS, versión al español Dr. Alfonso Ontiveros 1997)

Evalue la intensidad y duración de los síntomas que sintió durante su última crisis

FECHA				
HORA	AUSENTE	LEVE	MODERADO	MUY SEVERO
SINTOMA	0	1	2	4
DISNEA (Sensación de falta de aire)				
PALPITACIONES(Latidos rápidos y/o fuertes del corazón)				
SENSACION DE DESMAYO				
INESTABILIDAD				
MAREO				
TEMBLOR				
NAUSEA				
MALESTAR ABDOMINAL				
SENSACION DE AHOGO				
MALESTAR O DOLOR EN EL PECHO				
BOCHORNOS Y/O CALOSFRIOS				
SENSACION DE IRREALIDAD				
ANSIEDAD, MIEDO, APREHENSION				
MIEDO A MORIR				
MIEDO A PERDER EL CONTROL				
MIEDO A VOLVERSE LOCO(A)				
DURACION TOTAL DE LA CRISIS:	min.	PUNTAJE TOTAL:		

APÉNDICE "Y"

IDARE

Inventario de Autoevaluación

C.D. Spielberg, A. Matínez-Urrutia, F. González-Reigosa, L. Natalicio y R. Díaz Guerrero

Nombre : _____ Fecha : _____

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y encierre en un círculo el número que indique cómo se siente ahora mismo, o sea, en este momento. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

	NO EN LO ABSOLUTO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Me siento calmado (a)	1	2	3	4
2. Me siento seguro (a)	1	2	3	4
3. Estoy Tenso (a)	1	2	3	4
4. Estoy contrariado (a)	1	2	3	4
5. Estoy a gusto	1	2	3	4
6. Me siento alterado	1	2	3	4
7. Estoy preocupado (a) actualmente por algún contratiempo	1	2	3	4
8. Me siento descansado (a)	1	2	3	4
9. Me siento ansioso (a)	1	2	3	4
10. Me siento cómodo (a)	1	2	3	4
11. Me siento con confianza en mi mismo	1	2	3	4
12. Me siento nervioso (a)	1	2	3	4
13. Me siento agitado (a)	1	2	3	4

	NO EN LO ABSOLUTO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
14. Me siento a punto de explotar	1	2	3	4
15. Me siento reposado	1	2	3	4
16. Me siento satisfecho	1	2	3	4
17. Estoy preocupado	1	2	3	4
18. Me siento muy agitado (a) y aturdido (a)	1	2	3	4
19. Me siento alegre	1	2	3	4
20. Me siento bien	1	2	3	4
21. Me siento bien	1	2	3	4
22. Me canso rápidamente	1	2	3	4
23. Siento ganas de llorar	1	2	3	4
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo	1	2	3	4
25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente	1	2	3	4
26. Me siento descansado (a)	1	2	3	4
27. Soy una persona "tranquila, serena y sosegada"	1	2	3	4
28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas	1	2	3	4
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	1	2	3	4
30. Soy feliz	1	2	3	4
31. Tomo las cosas muy a pecho	1	2	3	4

	NO EN LO ABSOLUTO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
32. Me falta confianza en mi mismo (a)	1	2	3	4
33. Me siento seguro (a)	1	2	3	4
34. Procuero evitar enfrentarme a las crisis y dificultades	1	2	3	4
35. Me siento melancólico	1	2	3	4
36. Me siento satisfecho (a)	1	2	3	4
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan	1	2	3	4
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	1	2	3	4
39. Soy una persona estable	1	2	3	4
40. Cuando pienso en mis preocupaciones actuales me pongo tenso (a) y alterado (a)	1	2	3	4

APÉNDICE "Z"

CUESTIONARIO DE DESTREZA MANUAL DE EDINBURGH

NOMBRE _____

FECHA □□-□□-□□

Indique sus preferencias en el uso de sus manos en las siguientes actividades poniendo + en la columna apropiada. Cuando la preferencia es tan fuerte que usted nunca inventaría emplear la otra mano a menos que se vea forzado(a) fuertemente, marque ++. Si en cualquier caso usted es realmente indiferente marque + en ambas columnas.

Algunas de las actividades requieren ambas manos. En estos casos la parte de la tarea o el objeto que se desea se indica entre paréntesis.

Por favor, trate de responder todas las preguntas y solo déjela en blanco si no tiene ninguna experiencia con el objeto o tarea

		IZQUIERDA	DERECHA
1.	Escribir		
2.	Dibujar		
3.	Lanzar		
4.	Tijeras		
5.	Cepillo de dientes		
6.	Cuchillo (sin tenedor)		
7.	Cuchara		
8.	Barre (mano alta)		
9.	Encender un fósforo (fósforo)		
10.	Abrir una caja (tapa)		
i.	¿Con cual pie prefiere patear?		
ii.	¿Cuál ojo abre cuando desea solo usar uno?		

REFERENCIAS

- Abelson JL, Cholecystokinin-4 and panic, *Arch Gen Psychiatry*, 47,395, 1990.
- Abrahma HD, Duffry FH, Computed EEG abnormalities in panic disorder with and without premorbid drug abuse, *Biol Psychiatry*, 1;29(7):687-90, 2001.
- Ackerman S, Sachar E, The Lactate Theory of Anxiety: A review and Reevaluation, *Psychosom Med*, 36, 69-74, 1974.
- Adamec RE, Stark-Adamec C, Limbic Kindling and Animal Behavior Implications for Human Psychopathology Associated with Complex Partial Seizures, *Biol Psychiatry* 18, 269-292, 1983.
- Ades J, Rondepierre C, La spasmophilie, attaque de panique, anxiété généralisée ou hystérie?, *Entretiens de Bichat, Vol. Médecine, Paris, Expansion Scientifique Francaise*, 199-202, 1986.
- Altshuler LL, Devinsky O, Post RM, Theodore W, "Depression, Anxiety and Temporal Lobe Epilepsy", *Laterality of Focus and Symptoms, Arch Neurol*, 47, 284-288, March, 1990.
- American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3rd Ed. American Psychiatric Association, Washington DC, 139-151, 1981.
- American Psychiatric Association, *Work-Group to Revise DSM-III. DSMIII-R in Development (draft)*, Washington, DC, Mayo 5, 1985.
- American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder 3rd Ed. Revised*, Washington, DC, American Psychiatric Press 139-151, 1987.
- American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*, American Psychiatric Press, 1994.
- Anderson VE, Family studies of epilepsy, En: Anderson VE, Hauser WA, Penry JK (Eds) *Genetic Basis of the Epilepsies*, New York, Raven Press, pp 103-112, 1982.
- Andrade L, EatonWW, Chilcoat HD, Lifetime co-morbidity of panic attacks and major depression in a population-based study: age of onset, *Psychol Med*, 26(5): 991-6, 1996.
- Angst J, Dobler-Mikola A, The Zurich study V. Anxiety and Phobia in Young Adults, *Eur Arch Psychiatr Neurol Sci*, 235, 171-178, 1985.

- Aronson TA, Carasiti I, McBane D, Whitaker-Azmitia P, Biological Correlates of Lactate Sensitivity in Panic Disorder, *Biol Psychiatry*, 25, 469-481, 1989a.
- Aronson TA, Whitaker-Azmitia P, Carasiti I, Differential Reactivity to Lactate Infusions, The Relative Role of Biological, Psychological, and Conditioning Variables, *Biol Psychiatry*, 25, 469-481, 1989b.
- Aronson TA, Craig TJ, Cocaine Precipitation of Panic Disorder, *Am J Psychiatry* 143, 643-645, 1986.
- Ball S, Robinson A, Shekhar A, Walsh K, Dissociative symptoms in panic disorder: *Acta Psychiatr Scand* 95(5):420-3, 1997.
- Bandelow B, Wedekind, D, Puals J, Broocks A, Ajak G, R  ther E, Salivary cortisol in panic attacks. *Am J Psychiatry* 157: 454-456, 2000.
- Barlow DH, Dinardo PA, Vermilyea BB, Vermilyea J, Blanchard EB, Co-Morbidity and Depression Among the Anxiety Disorder, *J Nerv Ment Dis* 174, 63-72, 1986.
- Barlow DH, Vermilyea J, Blanchard EB, Vermilyea BB, Dinardo PA, Cerny JA, The Phenomenon of Panic, *J Abnormal Psychol* 94, 320-328, 1985.
- Battocletti JH, NMR Proton Imaging, *Crit Rev Biomed Eng* 11, 313-61, 1984.
- Beauclair L, Fontaine R, Epileptiform abnormalities in Panic Disorder, Society of Biol Psychiatry, 41st Annual Convention & Scientific Program 96, p 148. 1991.
- Beckett A, Scott MF, Rosenbaum JF, Clonazepam blockade of Spontaneous and CO2 inhalation provoked Panic in a Patients with Panic Disorder, *J Clin Psychiatry*, 47,9, 1986.
- Berger AJ, Mitchell RA, Severinghaus JW, Regulation of Respiration, *N Engl J Med* 297,92-97, 1977.
- Besson JAO, Gen AIM, Foreman EI, Macdonald A, Smith FW, Hutchison JMS, Mallard JR, Ashcroft GW, Nuclear magnetic Resonance Observations in Alcoholic Cerebral Disorder and the Role of Vasopressin, *Lancet* 24,923-924, 1981.
- Betts TA: *Psychiatry and Epilepsy*, En: Laindlaw J, Richens A (Editores) *A Textbook of Epilepsy*, Endinburgh, Churchill Livingstone, 227-281, 1982.
- Bingley T, Mental symptoms in temporal lobe epilepsy and temporal lobe gliomas, *Acta Psychiatr Neuro Scand*, 33 (suppl), 1-51, 1958.
- Bledsoe SW, Hornbein TF, Central Chemosensors and the Regulation of their Chemical Environment, En: Hornebi TF (eds) *Regulation of Breathing*, Marcel Dekker Inc. New York, 347-428, 1981.

Blanchet P, Frommer GP, Mood change preceding epileptic seizures. *J Nerv Ment Dis*,; 174(8):471-6, 1986.

Bonne O, Brandes D, Gilboa A, Gomori JM, Shenton ME, Pitman RK, Shalev AY, Longitudinal MRI study of hippocampal volume in trauma survivors with PTSD, *Am J Psychiatry*, 158(8):1248-51, 2001.

Boulenger JP, Bierer LM, Uhde TW, Silberman EK, Post RM: Psychosensory phenomena in panic and affective disorders, En: Shagass C (Ed), *Biological Psychiatry* (1985), New York: Elsevier Science Publishing Co., Inc., pp 463-465, 1986a.

Boulenger JP, Marangos PJ, Patel J, Post RM, Central Adenosine Receptors, Possible Involvement in the Chronic Effects of Caffeine, *Psychopharmacol Bull*, 20, 431-435, 1984b.

Boulenger JP, Marangos PJ, Zander KJ, Hanson J, Stress and Caffeine, Effects on Central Adenosine Receptors, *Clin Neuropharmacol*, 9,79-83, 1986b.

Boulenger JP, Patel J, Marangos PJ, Effects of Caffeine and Theophylline on Adenosine and Benzodiazepine Receptors in Human Brain, *Neurosci Lett*, 30, 161-166, 1982.

Boulenger JP, Uhde TW, Bierer LM, Anxiogenic Effects of Caffeine in Normal and Patients with Panic Disorders, En: Shagass C, y colaboradores (eds), *Biol Psychiatry*, Elsevier, New York, 454-456, 1986c.

Boulenger JP, Uhde TW, Wolff EA III, Post RM, Increased Sensitivity to caffeine in patients with panic disorders, Preliminary Evidence, *Arch Gen Psychiatry*, 41,1067-1071, 1984a.

Boulenger JP, Uhde TW, Zarifian E, Neurotransmitters in Clinical Psychiatry, The Case of Anxiety, En: Villeneuve A, (eds), *Brain Neurotransmitters and Psychiatry*, Astra Mississauga Ontario, 93-108, 1985.

Boulenger JP, Des troubles panique A la spasmophilie, *Med Digest Psychiatr*, 1, 102, 1985a.

Boulenger JP, Troubles anxieux paroxystiques (troubles panique) et agoraphobie, aspects Cliniques, L'attaque de panique, un nouveau concept, Edité par Boulenger JP, Edition Jean-Pierre Govreau, Paris 79-117, 1985b.

Boulenger JP, Uhde TW, Les effets anxiogènes de la caféine, *Psychiatrie* 3, Suppl. 22, 35-37, 1986.

Bradley WG, Magnetic Resonance Imaging of the Brain, Head, and Neck, A test Atlas, Chapter I, Fundamentals of MR Image Interpretation, Aspen, Rockville, 1985.

Bradley WG, Waluch V, Yadley RA, Wycoff RR, Comparison of CT and NMR in 400 Cases of the Brain and Cervical Cord. *Radiology* 152, 695-702, 1984b.

Bremner JD, Randall P, Scott TM, Bronen RA, Seibyl JP, Southwick SM, Delaney RC, McCarthy G, Charney DS, Innis RB, MRI-based measurement of hippocampal volume in patients with combat-related posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry* 152(7):973-81, 1995.

Bremner JD, Alterations in brain structure and function associated with post-traumatic stress disorder. *Semin Clin Neuropsychiatry* 4(4):249-55, 1999.

Bremner JD, Randall P, Vermetten E, Staib L, Bronen RA, Mazure C, Capelli S, McCarthy G, Innis RB, Charney DS, Magnetic resonance imaging-based measurement of hippocampal volume in posttraumatic stress disorder related to childhood physical and sexual abuse-a preliminary report. *Biol Psychiatry*, 1;41(1):23-32,1997.

Bremner JD, Innis RB, White T, Fujita M, Silversweig D, Goddard AW, Staib L, Stern E, Cappiello A, Woods S, Baldwin R, Charney DS: SPECT(I-123)iomazenil measurement of the benzodiazepine receptor in panic disorder. *Biol Psychiatry* 47(2):96-106, 2000.

Briellmann RS, Berkovic SF, Jackson GD, Men may be more vulnerable to seizure-associated brain damage, *Neurology* 28, 55(10): 1479-1485, 2000.

Briellmann RS, Kalnins RM, Berkovic SF, Jackson GD, Hippocampal pathology in refractory temporal lobe epilepsy: T2-weighted signal change reflects dentate gliosis, *Neurology* 22; 58(2):256-271, 2002.

Brown FW, Heridity in the Psychoneurosis, *Proc R Soc Med*, 35, 785-790, 1942.

Bystritsky A, Lleuchter Af, Vapnik T, EEG abnormalities in nonmedicated panic disorder, *J Nervous Mental Dis* 1987: 113-114, 1999.

Buglass D, Clarke J, Henderson AS, Kreitman N, Presley, AS, A Study of Agoraphobic Housewives, *Psychol Med*, 7, 73-86, 1977.

Cameron O, Lee M, Curtis G, McCann D, Endocrine and physiological changes durig "spontaneous" panic attacks, *Psychoneuroendocrinology* 12:321-331, 1987.

APÉNDICE "W"**IMPRESIÓN GLOBAL DEL PACIENTE**

(Para ser llenado por el paciente)

Marque en el recuadro la respuesta que más corresponda

1. SEVERIDAD DE LA ENFERMEDAD

Evalúe la intensidad de sus síntomas. Considere su estado desde su última visita hasta el día de hoy.

- 1 Normal
- 2 Apenas presentes
- 3 Muy leves
- 4 Moderados
- 5 Severos
- 6 Extremadamente severos

2. Tomando en cuenta su estado inicial antes del tratamiento ¿ha sentido alguna mejoría?

- 1 He mejorado mucho
- 2 He mejorado moderadamente
- 3 He mejorado muy poco
- 4 No he observado cambios
- 5 He estado un poco mejor
- 6 He estado mucho peor
- 7 He empeorado extremadamente.

APÉNDICE "X"

ESCALA DE AUTOEVALUACION DE SINTOMAS DE PANICO

(Self-rating Panic Symptom Scale PSS, versión al español Dr. Alfonso Ontiveros 1997)

Evalue la intensidad y duración de los síntomas que sintió durante su última crisis

FECHA				
HORA	AUSENTE	LEVE	MODERADO	MUY SEVERO
SINTOMA	0	1	2	4
DISNEA (Sensación de falta de aire)				
PALPITACIONES(Latidos rápidos y/o fuertes del corazón)				
SENSACION DE DESMAYO				
INESTABILIDAD				
MAREO				
TEMBLOR				
NAUSEA				
MALESTAR ABDOMINAL				
SENSACION DE AHOGO				
MALESTAR O DOLOR EN EL PECHO				
BOCHORNOS Y/O CALOSFRIOS				
SENSACION DE IRREALIDAD				
ANSIEDAD, MIEDO, APREHENSION				
MIEDO A MORIR				
MIEDO A PERDER EL CONTROL				
MIEDO A VOLVERSE LOCO(A)				
DURACION TOTAL DE LA CRISIS:	min.	PUNTAJE TOTAL:		

APÉNDICE “Y”

IDARE

Inventario de Autoevaluación

C.D. Spielberg, A. Mat3nez-Urrut3a, F. Gonz3lez-Reigosa, L. Natalicio y R. D3az Guerrero

Nombre : _____ Fecha : _____

Intrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y encierre en un c3rculo el n3mero que indique c3mo se siente ahora mismo, o sea, en este momento. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

	NO EN LO ABSOLUTO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Me siento calmado (a)	1	2	3	4
2. Me siento seguro (a)	1	2	3	4
3. Estoy Tenso (a)	1	2	3	4
4. Estoy contrariado (a)	1	2	3	4
5. Estoy a gusto	1	2	3	4
6. Me siento alterado	1	2	3	4
7. Estoy preocupado (a) actualmente por alg3n contratiempo	1	2	3	4
8. Me siento descansado (a)	1	2	3	4
9. Me siento ansioso (a)	1	2	3	4
10. Me siento c3modo (a)	1	2	3	4
11. Me siento con confianza en mi mismo	1	2	3	4
12. Me siento nervioso (a)	1	2	3	4
13. Me siento agitado (a)	1	2	3	4

	NO EN LO ABSOLUTO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
32. Me falta confianza en mi mismo (a)	1	2	3	4
33. Me siento seguro (a)	1	2	3	4
34. Procuro evitar enfrentarme a las crisis y dificultades	1	2	3	4
35. Me siento melancólico	1	2	3	4
36. Me siento satisfecho (a)	1	2	3	4
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan	1	2	3	4
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	1	2	3	4
39. Soy una persona estable	1	2	3	4
40. Cuando pienso en mis preocupaciones actuales me pongo tenso (a) y alterado (a)	1	2	3	4

APÉNDICE "Z"

CUESTIONARIO DE DESTREZA MANUAL DE EDINBURGH

NOMBRE _____

FECHA □□-□□-□□

Indique sus preferencias en el uso de sus manos en las siguientes actividades poniendo + en la columna apropiada. Cuando la preferencia es tan fuerte que usted nunca inventaría emplear la otra mano a menos que se vea forzado(a) fuertemente, marque ++. Si en cualquier caso usted es realmente indiferente marque + en ambas columnas.

Algunas de las actividades requieren ambas manos. En estos casos la parte de la tarea o el objeto que se desea se indica entre paréntesis. Por favor, trate de responder todas las preguntas y solo déjela en blanco si no tiene ninguna experiencia con el objeto o tarea

		IZQUIERDA	DERECHA
1.	Escribir		
2.	Dibujar		
3.	Lanzar		
4.	Tijeras		
5.	Cepillo de dientes		
6.	Cuchillo (sin tenedor)		
7.	Cuchara		
8.	Barre (mano alta)		
9.	Encender un fósforo (fósforo)		
10.	Abrir una caja (tapa)		
i.	¿Con cual pie prefiere patear?		
ii.	¿Cuál ojo abre cuando desea solo usar uno?		

REFERENCIAS

Abelson JL, Cholecystokinin-4 and panic, *Arch Gen Psychiatry*, 47,395, 1990.

Abrahma HD, Duffry FH, Computed EEG abnormalities in panic disorder with and without premorbid drug abuse, *Biol Psychiatry*, 1;29(7):687-90, 2001.

Ackerman S, Sachar E, The Lactate Theory of Anxiety: A review and Reevaluation, *Psychosom Med*, 36, 69-74, 1974.

Adamec RE, Stark-Adamec C, Limbic Kindling and Animal Behavior Implications for Human Psychopathology Associated with Complex Partial Seizures, *Biol Psychiatry* 18, 269-292, 1983.

Ades J, Rondepierre C, La spasmophilie, attaque de panique, anxiété généralisée ou hystérie?, *Entretiens de Bichat, Vol. Médecine, Paris, Expansion Scientifique Française*, 199-202, 1986.

Altshuler LL, Devinsky O, Post RM, Theodore W, "Depression, Anxiety and Temporal Lobe Epilepsy", *Laterality of Focus and Symptoms, Arch Neurol*, 47, 284-288, March, 1990.

American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd Ed.* American Psychiatric Association, Washington DC, 139-151, 1981.

American Psychiatric Association, Work-Group to Revise DSM-III. *DSMIII-R in Development (draft)*, Washington, DC, Mayo 5, 1985.

American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder 3rd Ed. Revised*, Washington, DC, American Psychiatric Press 139-151, 1987.

American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*, American Psychiatric Press, 1994.

Anderson VE, Family studies of epilepsy, En: Anderson VE, Hauser WA, Penry JK (Eds) *Genetic Basis of the Epilepsies*, New York, Raven Press, pp 103-112, 1982.

Andrade L, EatonWW, Chilcoat HD, Lifetime co-morbidity of panic attacks and major depression in a population-based study: age of onset, *Psychol Med*, 26(5): 991-6, 1996.

Angst J, Dobler-Mikola A, The Zurich study V. Anxiety and Phobia in Young Adults, *Eur Arch Psychiatr Neurol Sci*, 235, 171-178, 1985.

Aronson TA, Carasiti I, McBane D, Whitaker-Azmitia P, Biological Correlates of Lactate Sensitivity in Panic Disorder, *Biol Psychiatry*, 25, 469-481, 1989a.

Aronson TA, Whitaker-Azmitia P, Carasiti I, Differential Reactivity to Lactate Infusions, The Relative Role of Biological, Psychological, and Conditioning Variables, *Biol Psychiatry*, 25, 469-481, 1989b.

Aronson TA, Craig TJ, Cocaine Precipitation of Panic Disorder, *Am J Psychiatry* 143, 643-645, 1986.

Ball S, Robinson A, Shekhar A, Walsh K, Dissociative symptoms in panic disorder: *Acta Psychiatr Scand* 95(5):420-3, 1997.

Bandelow B, Wedekind, D, Puals J, Brooks A, Ajak G, R  ther E, Salivary cortisol in panic attacks. *Am J Psychiatry* 157: 454-456, 2000.

Barlow DH, Dinardo PA, Vermilyea BB, Vermilyea J, Blanchard EB, Co-Morbidity and Depression Among the Anxiety Disorder, *J Nerv Ment Dis* 174, 63-72, 1986.

Barlow DH, Vermilyea J, Blanchard EB, Vermilyea BB, Dinardo PA, Cerny JA, The Phenomenon of Panic, *J Abnormal Psychol* 94, 320-328, 1985.

Battocletti JH, NMR Proton Imaging, *Crit Rev Biomed Eng* 11, 313-61, 1984.

Beauclair L, Fontaine R, Epileptiform abnormalities in Panic Disorder, Society of Biol Psychiatry, 41st Annual Convention & Scientific Program 96, p 148. 1991.

Beckett A, Scott MF, Rosenbaum JF, Clonazepam blockade of Spontaneous and CO2 inhalation provoked Panic in a Patients with Panic Disorder, *J Clin Psychiatry*, 47,9, 1986.

Berger AJ, Mitchell RA, Severinghaus JW, Regulation of Respiration, *N Engl J Med* 297,92-97, 1977.

Besson JAO, Gen AIM, Foreman EI, Macdonald A, Smith FW, Hutchison JMS, Mallard JR, Ashcroft GW, Nuclear magnetic Resonance Observations in Alcoholic Cerebral Disorder and the Role of Vasopressin, *Lancet* 24,923-924, 1981.

Betts TA: *Psychiatry and Epilepsy*, En: Laindlaw J, Richens A (Editores) A Textbook of Epilepsy, Edinburgh, Churchill Livingstone, 227-281, 1982.

Bingley T, Mental symptoms in temporal lobe epilepsy and temporal lobe gliomas, *Acta Psychiatr Neuro Scand*, 33 (suppl), 1-51, 1958.

Bledsoe SW, Hornbein TF, Central Chemosensors and the Regulation of their Chemical Environment, En: Hornebi TF (eds) *Regulation of Breathing*, Marcel Dekker Inc. New York, 347-428, 1981.

Blanchet P, Frommer GP, Mood change preceding epileptic seizures. *J Nerv Ment Dis.*; 174(8):471-6, 1986.

Bonne O, Brandes D, Gilboa A, Gomori JM, Shenton ME, Pitman RK, Shalev AY, Longitudinal MRI study of hippocampal volume in trauma survivors with PTSD, *Am J Psychiatry*, 158(8):1248-51, 2001.

Boulenger JP, Bierer LM, Uhde TW, Silberman EK, Post RM: Psychosensory phenomena in panic and affective disorders, En: Shagass C (Ed), *Biological Psychiatry* (1985), New York: Elsevier Science Publishing Co., Inc., pp 463-465, 1986a.

Boulenger JP, Marangos PJ, Patel J, Post RM, Central Adenosine Receptors, Possible Involvement in the Chronic Effects of Caffeine, *Psychopharmacol Bull*, 20, 431-435, 1984b.

Boulenger JP, Marangos PJ, Zander KJ, Hanson J, Stress and Caffeine, Effects on Central Adenosine Receptors, *Clin Neuropharmacol*, 9,79-83, 1986b.

Boulenger JP, Patel J, Marangos PJ, Effects of Caffeine and Theophylline on Adenosine and Benzodiazepine Receptors in Human Brain, *Neurosci Lett*, 30, 161-166, 1982.

Boulenger JP, Uhde TW, Bierer LM, Anxiogenic Effects of Caffeine in Normal and Patients with Panic Disorders, En: Shagass C, y colaboradores (eds), *Biol Psychiatry*, Elsevier, New York, 454-456, 1986c.

Boulenger JP, Uhde TW, Wolff EA III, Post RM, Increased Sensitivity to caffeine in patients with panic disorders, Preliminary Evidence, *Arch Gen Psychiatry*, 41,1067-1071, 1984a.

Boulenger JP, Uhde TW, Zarifian E, Neurotransmitters in Clinical Psychiatry, The Case of Anxiety, En: Villeneuve A, (eds), *Brain Neurotransmitters and Psychiatry*, Astra Mississauga Ontario, 93-108, 1985.

Boulenger JP, Des troubles panique A la spasmophilie, *Med Digest Psychiatr*, 1, 102, 1985a.

Boulenger JP, Troubles anxieux paroxystiques (troubles panique) et agoraphobie, aspects Cliniques, L'attaque de panique, un nouveau concept, Edité par Boulenger JP, Edition Jean-Pierre Govreau, Paris 79-117, 1985b.

Boulenger JP, Uhde TW, Les effets anxiogènes de la caféine, *Psychiatrie* 3, Suppl. 22, 35-37, 1986.

Bradley WG, Magnetic Resonance Imaging of the Brain, Head, and Neck, A test Atlas, Chapter I, Fundamentals of MR Image Interpretation, Aspen, Rockville, 1985.

Bradley WG, Waluch V, Yadley RA, Wycoff RR, Comparison of CT and NMR in 400 Cases of the Brain and Cervical Cord. *Radiology* 152, 695-702, 1984b.

Bremner JD, Randall P, Scott TM, Bronen RA, Seibyl JP, Southwick SM, Delaney RC, McCarthy G, Charney DS, Innis RB, MRI-based measurement of hippocampal volume in patients with combat-related posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry* 152(7):973-81, 1995.

Bremner JD, Alterations in brain structure and function associated with post-traumatic stress disorder. *Semin Clin Neuropsychiatry* 4(4):249-55, 1999.

Bremner JD, Randall P, Vermetten E, Staib L, Bronen RA, Mazure C, Capelli S, McCarthy G, Innis RB, Charney DS, Magnetic resonance imaging-based measurement of hippocampal volume in posttraumatic stress disorder related to childhood physical and sexual abuse-a preliminary report. *Biol Psychiatry*, 1;41(1):23-32,1997.

Bremner JD, Innis RB, White T, Fujita M, Silversweig D, Goddard AW, Staib L, Stern E, Cappiello A, Woods S, Baldwin R, Charney DS: SPECT(I-123)iomazenil measurement of the benzodiazepine receptor in panic disorder. *Biol Psychiatry* 47(2):96-106, 2000.

Briellmann RS, Berkovic SF, Jackson GD, Men may be more vulnerable to seizure-associated brain damage, *Neurology* 28, 55(10): 1479-1485, 2000.

Briellmann RS, Kalnins RM, Berkovic SF, Jackson GD, Hippocampal pathology in refractory temporal lobe epilepsy: T2-weighted signal change reflects dentate gliosis, *Neurology* 22; 58(2):256-271, 2002.

Brown FW, Heridity in the Psychoneurosis, *Proc R Soc Med*, 35, 785-790, 1942.

Bystritsky A, Lleuchter Af, Vapnik T, EEG abnormalities in nonmedicated panic disorder, *J Nervous Mental Dis* 1987: 113-114, 1999.

Buglass D, Clarke J, Henderson AS, Kreitman N, Presley, AS, A Study of Agoraphobic Housewives, *Psychol Med*, 7, 73-86, 1977.

Cameron O, Lee M, Curtis G, McCann D, Endocrine and physiological changes durig "spontaneous" panic attacks, *Psychoneuroendocrinology* 12:321-331, 1987.

Carlsson A, Holmin T, Lindqvist M, Siesjo BK, Effect of Hypercapnia and Hypocapnia on Tryptophan and Tyrosine Hydroxylation in Rat Brain, *Acta Physiol Scand*, 99, 503-509, 1977.

Carr DB, Sheehan DV, Surman OS, Coleman JH, Greenblatt DJ, Heninger GR, Jones, KJ, Levine PH, Watkins WD, Neuroendocrine Correlates of Lactate-Induced Anxiety and Their Response to Chronic Alprazolam Therapy, *Am J Psychiatry*, 143,483-494, 1986.

Carr DB, Sheehan DV, Panic Anxiety, A New Biological Model, *J Clin Psychiatry*, 45, 323-330, 1984.

Chambless DL, The Relationship of Severity of Agoraphobia to Associated Psychopathology, *Behav Res Ther* 23, 305-310, 1985.

Chan H, Watkins WA, Mitral Valve Prolapse and Anxiety Disorders, (Letter) *Br J Psychiatry* 145, 216-217, 1984.

Charney DS, Heninger GR, Breier A, Noradrenergic Function in Panic Anxiety: Effects of Yohimbine in Healthy Subjects and Patients with Agoraphobia and Panic Disorder, *Arch Gen Psychiatry*, 41,751-763, 1984.

Charney DS, Heninger GR, Redmond DE, Yohimbine-Induced Anxiety and Increased Noradrenergic Function in Humans, Effects of Diazepam and Clonidine, *Life Sci*, 33,19-29, 1983.

Charney DS, Heninger GR, Abnormal regulation of noradrenergic function in panic disorders, *Arch Gen Psychiatry*, 43,1042-1055, 1986.

Charney DS, Heninger GR, Noradrenergic Function and the Mechanism of Action of Antianxiety Treatment, I. The Effect of Long-Term Alprazolam Treatment, *Arch Gen Psychiatry*, 42,458-467, 1985a.

Charney DS, Heninger GR, Sternberg DF, Assessment of Alpha-2 Adrenergic, Autoreceptor Function in Human, Effects of one Yohimbine, *Life Sci* 30, 2033, 1982a.

Charney DS, Heninger GR, Jatlow PI. Increased Anxiogenic Effects of Caffeine in Panic Disorders, *Arch Gen Psychiatry* 42, 233-243, 1985b.

Charney DS, Heninger GR, Redmond DE Jr, Yohimbine-Induced Anxiety and Increased Noradrenergic Function in Humans, Effects of Diazepam and Clonidine, *Life Sci* 33, 19-29, 1983.

Charney DS, Heninger, GR, Sternberg DE, Landis, H. Abrupt Discontinuation of Tricyclic Antidepressant Drugs, Evidence for Noradrenergic Hyperactivity, *Brit J Psychiatry* 141, 377-386, 1982.

Chouinard G, Annable L, Fontaine R y colaboradores, Alprazolam in the Treatment of Generalized Anxiety and Panic Disorders, A double-Blind Placebo-Controlled Study, *Psychopharmacology* 77, 229-233, 1982.

Ciraculo DA, Barnhill JG, Greenblatt DJ, Shader RI, Ciraculo AM, Tarney MF, rolloy, MA., Foti, ME Abuse Liability and Clinical Pharmacokinetics of Alprazolam in Alcoholic Men, *J Clin Psychiatry* 49, 9, 333-337, 1988.

Clancy J, Noyes A Jr, Hoenk PR, Slymen DJ, Secondary Depression in Anxiety Neurosis, *J Nerv Ment Dis* 166, 846-850, 1978.

Cloninger CR, Martin RL, Clayton P, Guze SB, A Blind Follow-Up and Family Study of Anxiety Neurosis, Preliminary Analysis of the St Louis 500 En: Klein DF, I Rabkin, J, (Eds) *Anxiety. New Research and Changing Concepts*, New York, Raven Press, 137-150, 1981.

Coffman JA, Schwarzkopf SB, Olson SC, Nasrallah HA, Midsagittal Cerebral Anatomy by Magnetic Resonance Imaging, The importance of Slice Position and Tickness, *Schnizophrenia Research*, 2,287 294, 1989.

Cohen ME, White P, Life Situations, Emotions and Neurocirculatory Asthenia (Anxiety Neurosis, Neurasthenia, Effort Syndrome), *Proc Assoc Res Nerv Ment Dis*, 28,832-869, 1950.

Commission on Classification and Terminology of the International League Against Epilepsy: Proposal for revised clinical and electroencephalographic classification of epileptic seizures. *Epilepsia*, 22:489-501, 1981.

Convit A, de Leon MJ, Hoptman MJ, TarshishC, De Santi S, Rusinek H: Age-related changes in brain: I. Magnetic resonance imaging measures of temporal lobe volumes in normal subjects. *Psychiatr Q* 66(4):343-355, 1995.

Cook MJ, Fish DR, Shorvon SD et al, Hippocampal volumetric and morphometric studdies in frontal and temporal lobe epilepsy, *Brain* 115,1001-1015, 1992.

Coplan JD, Liebowitz MR, Gorman JM, Fyer AJ, Dillon DJ, Campeas RB, Davies SO, Martinez J & Klein DF, Noradrenergic Function in Panic Disorder, Effects of Intravenous Clonidine Pretreatment on lactate Induced Panic, *Biol Psychiatry*, 31,135, 1992.

Coryell W: Mortality of anxiety disorders, En: Noyes R Jr. (Editor), *Classification, Etiological Factors and Associated Disturbances: Handbook of Anxiety*, number 2. New York, Elsevier, 1988.

Coryell W, Noyes R, Clancy J, Excess Mortality in Panic disorder, *Arch Gen Psychiatry*, 39,701-703, 1982

Cowley DS, Dager SR, McClellan J, Roy-Byrne PP, Dunner DL, Response to Lactate Infusions in Generalized Anxiety Disorder, *Biol Psychiatry*, 24,409-414, 1988.

Cowley DS, Hyde TS, Dager SR, Dunner DL, Lactate Infusions, The Role of Baseline Anxiety, *Psychiatry Res*, 21,169-179, 1987.

Coyle PK, Sterman AB, Focal neurologic symptoms in panic attacks, *Am J Psychiatry*, 143,648-649, 1986.

Crowe RR, Noyes R, Pauls DL, Slymen D, The Genetics of Panic Disorder and Agoraphobia. *Psychiatr Devel* 2, 171-186, 1985.

Crowe RR, Noyes R, Pauls DL, Slynen D. A Family Study of Panic Disorder, *Arch Gen Psychiatry* 40, 10, 1065-1069, 1983.

Crowe RR, Pauls DL, Slymen DJ, Noyes R, A Family Study of Anxiety Neurosis, Morbidity Risk in Families of Patients with and Without Mitral Valve Prolapse, *Arch Gen Psychiatry* 37, 77-79, 1980.

Currie S, Heathfield KWG, Henson RA, Scott DF, Clinical course and prognosis of temporal lobe epilepsy. *Brain* 94,173-190, 1971.

Dantendorfer K, Frey R, Maierhofer D, Saletu B: Sudden arousals from slow wave sleep and panic disorder: successful treatment with anticonvulsants-a case report. *Sleep* 21(6):548-551, 1998.

Dantendorfer K, Amering M, Baischer W, Berger P, Stgeinberger K, Windhaber J, Katschnig H: Is there a pathophysiological and therapeutic link between panic disorder and epilepsy?. *Acta Psychiagtr Scan* 91(6):430-35, 1995.

Dantendorfer K, Prayer D, Kramer J, Amering M, Baischer W, Berger P, Schoder M, Steinberger K, Windhaber J, Imhof H, Katshing H, High frequency of EEG and MRI brain abnormalities in panic disorder, *Psychiatry Res*, 68,1, 41-53, 1996.

De Cristofaro M, Sessarego A, Pupi A, Biondi F, Faravelli C, Brain perfusion abnormalities in drug-naive lactate-sensitive panic patients: a SPECT study, *Biol Psychiatry* 33:505-512, 1993.

De Bellis MD, Hall J, Boring AM, Frustaci K, Moritz G.A pilot longitudinal study of hippocampal volumes in pediatric maltreatment-related posttraumatic stress disorder, *Biol Psychiatry*, 15;50(4):305-9, 2001.

Den Boer JA, Westenberg GMH, Klomp makers AD, Van Lint EN, Behavioral Biochemical and Neuroendocrine Concomitants of Lactate-Induced Panic Anxiety, *Biol Psychiatry*, 26, 612-622, 1989.

Derogatis LR, Lipman RS, Covi L, SCL-90, An outpatient psychiatric Rating Scale-Preliminary Report, *Psychopharmacology Bull* 9 (1), 13-27, 1973.

Devinsky O, Sato S, Theodore WH, et al: Fear episodes due to limbic seizures with normal scalp EEG, a subdural electrographic study. *J Clin Psychiatry*, 50, 28-30, 1989.

Devinsky O, Vazquez B, Behavioral Changes Associated with Epilepsy; *Behavioral Neurology, Neurologic Clinics* 11, No.1,127-149, Feb, 1993.

Devinsky O, Bear D, Varieties of Aggressive Behavior in Temporal Lobe Epilepsy, *Am J Psychiatry*, 141, No.5, 651-656, May, 1984.

Dillon DJ, Gorman JM, Liebowitz MR, Klein DF, Measurement of lactate-induced panic and anxiety, *Psychiatry Res*, 20,97-105, 1987.

Engel J, Seisures and Epilepsy, Philadelphia, FA Davis, 1989.

Favarelli C, Life Events Preceeding the Onset of Panic Disorder, *J Aff Dis* 9, 103-105, 1985a.

Favarelli C, Webb T, Ambonetti A, Fonnesu F, Sessarego A, Prevalence of Traumatic Early Life Events in 31 Agoraphobic Patients with Panic Attacks, *Am J Psychiatry* 142, 1493- 1494, 1985b.

Fedio P, Behavioral Characteristics of Patients with Temporal Lobe Epilepsy, *Psy Clin North Am*, Vol. 9, No.2, 267-281, 1986.

Fink M, Favlot MA, Volavaka J, Anxiety precipitated by Lactate. *New Engl J Med*, 277,1328-,1336, 1970.

First MB, Gibbon M, Spitzer RL, Williams JBW, User's guide for the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, (SCID-I) American Psychiatric Press, Inc. Washington, D.C., 1995.

Fontaine R, Breton G, Dery R, Fontaine S, And Elie R, Temporal Lobe Abnormalities in Panic Disorder, An MRI Study, *Biol Psychiatry*, 27,304-310, 1990.

Fontaine R, Breton G, Elie R, Dery R, Neurobiologie des états de panique, *Acta Psychiatr Belgica*, 87,607-617,1987.

Fontaine R, Clonazepam for Panic Disorders and Agitation, *Psychosomatics* (135-185 Suppl) 26, 12, 1985.

Foot SL, Bloom FE, Aston-Jones G, Nucleus Locus Ceruleus: New Evidence of Anatomical and Physiological Specificity, *Physiol Rev* 63, 844-914, 1983.

Freedman RR, Ianni P, Ettedgui E, Pohl R, Rainey JM, Psychophysiological factors in panic disorder, *Psychopathology*, 17 (Suppl 1), 66-73, 1984.

Freud S, Qu'il est justifié de séparer de la neurasthénie un certain complexe symptomatique sous le nom de névrose d'angoisse", *Névrose, psychose et perversion*, Paris, P.U.F. 1973, 15-38, 1885.

Fyer MR, Uy J, Martinez J, Goetz R, Klein DF, Fyer A, Liebowitz MR, Gorman J, CO₂ Challenge of Patients With Panic Disorder, *Am J Psychiatry*, 1081-1083, 1987.

Garcia De Yebenes Prous J, Carlsson A, Mena Gomez MA, The Effect Of CO₂ on Monoamine Metabolism in Rat Brain, *Naunyn Schmiedebergs Arch Pharmacol*, 301, 11-15, 1977.

Gittelman R, Klein DF. Relationship Between Separation Anxiety and Panic and Agoraphobia Disorders, *Psychopathology* 17, Suppl 1, 56-65, 1984.

Gjerris A, Bech P, Bolwing TG et al, The Hamilton Anxiety Scale, evaluation of homogeneity and inter-observer reliability in patients with depressive disorder, *J Affect Disord* 5, 163-170, 1983.

Gloor P, Olivier A, Quensey LF, et al, The role of the limbic system in experiential phenomena of temporal lobe epilepsy, *Ann Neurol*, 12, 129-144, 1982.

Gorman JM, Panic Disorders, En: Klein DF (Eds). *Mod Probl Pharmacopsychiat*, Karger, Basel, 22, 36-90, 1987a.

Gorman JM, Askanazi J, Liebowitz MR, Fyer AJ, Stein J, Kinney Jm, Klein DF, Response to hyperventilation in a group of patients with panic disorder, *Am J Psychiatry* 141, 857-861, 1984b.

Gorman JM, Battista D, Goetz R, Dillon DJ, Liebowitz MR, Fyer AJ, Kahn PJ, Sandberg D, Klein DF, A Comparison of Sodium Bicarbonate and Sodium Lactate Infusion in the Induction of Panic Attacks, *Arch Gen Psychiatry*, 46, 145-150, 1989.

Gorman JM, Fyer MR, Goetz R, Askanazi J, Liebowitz MR, Fyer AJ, Kinney J, Klein DF: Ventilatory Physiology of Patients with Panic Disorder, *Arch Gen Psychiatry*, 45, 31-39, 1998.

Gorman JM, Liebowitz MR, Fyer AJ, Stein J, A Neuroanatomical Hypothesis for Panic Disorder, *Am J Psychiatry* 146, 2, 1989.

Gorman JM, Liebowitz MR, Fyer AJ, An open trial of fluoxetine in the treatment of panic attacks, *J Clin Psychopharmacol*, 7, 329-332, 1987c.

Gorman JM, Martinez JM, Liebowitz LAR, Fyer AJ, Klein DF, Hypoglycemia and Panic Attacks *Am J Psychiatry* 141, 1, 1984a.

Gorman JM, Uy J, Respiratory Physiology and Pathological Anxiety, *Gen Hosp Psychiatry* 9, 410-419, 1987.

Grachev ID, Breiter HC, Rauch SL, Savage CR, Baer L, Shera DM, Kennedy DN, Makris N, Caviness VS, Jenike MA, Structural abnormalities of frontal neocortex in obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1998 55(2):181-2.

Greden JF, Anxiety or Caffeinism: A Diagnostic Dilemma, *Am J Psychiatry* 131, 1089-1092, 1974.

Griez E, Van den Hout MA, Verstappen F, Body Fluids After CO₂ Inhalation, Insight Into Panic Mechanisms? *Eur Arch Psychiatry Neurol, Sci* 236, 369-371, 1987a.

Gur RC, Gur RE, Resnick SM, The effect of anxiety on cortical cerebral blood flow and metabolism, *J Cereb Blood Flow Metab*, 7,173-177, 1987.

Gur RC, Gur RE, Skolnick B, Resnick SM, Silver FL, Chawluk J, Muenz L, Orbrist WD, Reivich M, Effects of Task Difficulty on Regional Cerebral Blood Flow: Relationships with Anxiety and Performance, *Psychophysiology* 25, 4, 392-399, 1988.

Gurvits TV, Shenton ME, Hokama H, Ohta H, Lasko NB, Gilbertson MW, Orr SP, Kikinis R, Jolesz FA, McCarley RW, Pitman RK. Magnetic resonance imaging study of hippocampal volume in chronic, combat-related posttraumatic stress disorder. *Biol Psychiatry* 1;40(11):1091-9, 1996.

Halgren E, Walter RD, Cherlow DG, Crandall PH, Mental phenomenon evoked by electrical stimulation of the human hippocampal formation and amygdala, *Brain*, 101, 83-117, 1978.

Harper M, Roth M, Temporal lobe epilepsy and the phobic anxiety depersonalization syndrome, Part I, A comparative study. *Compr Psychia*, 3,129-151, 1962.

Hauser WA, Seizure disorders, the changes with age, *Epilepsia* 33(suppl 4) 6-14, 1992.

Hauser WA, Annegers JF, Kurland LT, The prevalence of epilepsy in Rochester, Minnesota, 1940-1980, *Epilepsia* 32, 429-445, 1991.

Hauser WA, Kurland LT, The epidemiology of epilepsy in Rochester, Minnesota, 1935 through 1967, *Epilepsia* 16, 1-66, 1975.

Henricksen GF, Status epilepticus partialis with fear as a clinical expression, report of a case in ictal EEG findings, *Epilepsia* 14,39-46, 1973

Henriksson MM, Isometsa ET, Kuoppasalmi KI, Heikkinen ME, Marttunen MJ, Lonnqvist JK, Panic disorder in completed suicide. *J Affect Disord*,12;37(2-3):75-9, 1996.

Herman JB, Brotman AW, Rosenbaum JF, Rebound Anxiety in Panic Disorder Patients Treated with Shorter-Acting Benzodiazepines, *J Clin Psychiatry* 48 (Suppl 10) 22-26, 1987.

Hoehn-Saric R, Comparison of Generalized Anxiety Disorders with Panic Disorder Patients, *Psychopharmacol Bull*, 18, 104-108, 1982.

Holmgren A, Strom G, Blood Lactate Concentration in Relation to Absolute and Relative work Load in Normal Men and in Mitral Stenosis, Atrial Septal Defect and Vasoregulatory Asthenia, *Acta Med Scandinavica*, 163,185-193, 1959.

Hoffart A, Friis S, Martinsen Ew, The Phobic Avoidance Rating Scale: A Psychometric Evaluation Of An Interview-Based Scale *Psychiatric Developments* 1:71-81, 1989.

Huang HY, Redmond DE, Synder DR, Loss of fear following bilateral lesions of the locus coeruleus in the monkey, *Neuroscience Abstr*, 2,573, 1976.

Internacional League Against Epilepsy Commission, Proposal for classification of epilepsies and epileptic syndromes, *Epilepsia* 26,268-278, 1985.

Ives JR, Schomer DL, Focal Paroxysmal EEG Changes During Atypical Panic Attacks. *J Neuropsychiatry Clinical Neurosciences* 5 (1): 50-55, 1993.

Jabourina AP, Erlich M, Desvignes C, el Hadjam M, Britton R, Panic attacks and 24-hour ambulatory EEG monitoring. *Ann Med Psych* 150, 2-3, 240-4, 1992.

Jack CR, Twomey CK, Zinsmeister AR, Sharbrough FW, Petersen RC, Cascino GD, Anterior Temporal Lobes and Hippocampal Formations, Normative Volumetric Measurements from MR Images in Young Adults, *Radiology* 172, 549-554, 1989.

Jacob RG, Moller MB, Turner SM, Wall C, Oto-Neurological Examination in Panic Disorder and Agoraphobia with Panic Attack, *Am J Psychiatry* 142, 715-719, 1985.

Johnston DG, Troyer IE, Whitsett ST, Clomipramine Treatment of Agoraphobic Women, An Eight-Week Controlled Trial, *Arch Gen Psychiatry* 45, 453-459, 1988.

Jones M, Scarisbrick R, The Effect of Exercise on Soldiers with Neurocirculatory Asthenia, *Psychosomatic Med*, 8,188-194, 1946.

Jones M, Mellersh V, Comparison of Exercise Response in Anxiety States and Normal Controls, *Psychosom Med* 8, 180-187, 1946.

Kaada BR, Cingulate, Posterior Orbital, Anterior Insular and Temporal Pole Cortex, En: Field J, Magoun HW (Eds) *Handbook of Physiology, Section I, Neurophysiology*, Washington, DC, American Physiological Society, 55, 1345-1372, 1960.

Kalviainen R, Salmenpera T, Do recurrent seizures cause neuronal damage?. A series of studies with MRI volumetry in adults with partial epilepsy, *Prog Brain Res*, 135: 279-295, 2002.

Kent DL, Larson EB, Magnetic Resonance Imaging of the Brain and Spine, Is Clinical Efficacy Established After the First Decade?, *Ann Int Med*, 108, 402-424, 1988.

Kertsz A, Black SE, Polk M, Howll J, Cerebral Asymetries on Magnetic Resonance Imaging, *Cortex*, 22:117-127, 1986.

Kim JJ, Lee MC, Kim J, Kim IY, Kim SI, Han MH, Chang KH, Kwon JS, Grey matter abnormalities in obsessive-compulsive disorder: statistical parametric mapping of segmented magnetic resonance images, *Br J Psychiatry*, 179:330-4, 2001.

King D, Baltuch GH: Magnetic resonance imaging and temporal lobe epilepsy. *Acta Neurol Scand* 98(4):217-223 ,1998.

King DW, Marsan CA, Clinical features and ictal patterns in epileptic patients with EEG temporal foci, *Ann Neurol* 2, 138-147, 1977.

Klein DF, Anxiety reconceptualized, En: Klein DF, Rabkin JG (Eds), *Anxiety, New Research and Changing Concepts*, Raven Press, New York, 235-264, 1981.

Klein DF, Delineation of Two Drug-Responsive Anxiety Syndromes, *Psychopharmacologia*, 5, 397-408, 1964.

Klein DF, Possible Respiratory Abnormalities in Panic Disorder, Paper presented at American College of Neuropsychopharmacology, Hawaii, 1985.

Klein DF, The Pathophysiology of Panic Anxiety. *J Clin Psychiatry*, 52(suppl 2), 10-11, 1991.

Klein DF, Fink M, Psychiatric Reaction Patterns to Imipramine, *Am J Psychiatry* 119, 432-438, 1962.

Klein DF, Ross DC, Cohen P, Panic and Avoidance in Agoraphobia, *Arch Gen Psychiatry* 44, 377-384, 1987.

Krystal JH, Woods SW, Levesque M, Heninger C, Heninger GR, The effects of carbon dioxide inhalation on plasma MHPG, plasma hormones respiratory rate, and behaviour in the rhesus monkey, *Life Sci*, 45, 1658, 1989.

Lanius RA, Williamson PC, Densmore M, Boksman K, Gupta MA, Neufeld RW, Gati JS, Menon RS.: Neural correlates of traumatic memories in posttraumatic stress disorder: a functional MRI investigation. En: Bremne JD, Vermetten E. *Stress and development: behavioral and biological consequences*. *Dev Psychopathol* 13(3):473-89, 2001.

Largen JW, Smith RC, Caideron M y colaboradores: Abnormalities of brain Structure an density in schizoprenia. *Biol Psychiatry* 19:991-1031,1984.

Legrand du Saulle H, Etude clinique sur la peur des espaces (agoraphobie des Allemands) nevrose emotive. Adrien Delahaye, Paris, 1978.

Leckman JF, Weissman MM, Merikangas KR, Pauls DL, Prusoff BA: Panic disorder and major depression: increased risk of depression, alcoholism, panic and phobic disorders in families of depressed probands with panic disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 40:1055-1060, 1983.

Lepola U, Nousiainen U, Puranen M, Riekkinen P, Rimón R, EEG and CT Findings in Patients With Panic Disorder, *Biol Psychiatry*, 28, 721-727, 1990.

Lesser IM, Rubin RT, Pecknold NC, Rifkin A, Swinson RP, Lydiad B, Burows GP, Noyes R, Dupont RL, Secondary Depression in Panic Disorder and Agoraphobia, *Arch Gen Psych*, 45, 437-443, 1988.

Liebowitz MR, Ever AJ, Gorman JM, Dillon D, Appleby IL, Levy G, Anderson S, Levitt M, Paul M, Davis SO, Klien DF, Lactate Provocation of Panic-Attacks, I. Clinical and Behavioral Findings, *Arch Gen Psychiat*, 41, 746-770, 1984.

Liebowitz MR, Fyer, AJ, McGrath, P, Klein, DF, Clonidine treatment of Panic Disorder, *Psychopharmacol Bull* 17, 122-123, 1981.

Linko E, Lactic Acid Response to Muscular Exercise, Neurocirculatory y Asthenia, *Ann Med Int*, 39,161-176, 1950.

Loeschcke HH, Central Chemosensitivity and the Reaction Theory, *J Physiol*, 332, 1-24, 1982.

Lum M, Fontaine R, Elie R, Ontiveros A, Divalproex Sodium's anti-panic effect in panic disorder, A placebo-controlled study, *Biol Psychiatry* 27,154A-164A, 1990.

Lanius RA, Williamson PC, Densmore M, Boksman K, Gupta MA, Neufeld RW, Gati JS, Menor RS, Neural correlates of traumatic memories in

posttraumatic stress disorder: a functional MRI investigation, *Am J Psychiatry*;158(11):1920-2, 2001.

Macrae D, Isolated Fear, A Temporal- Lobe Aura. *Neurology* 4, 497-505,1954.

Madison DV, Nicoll RA, Noradrenaline Blocks Accomodation of Pyramidal Cell Discharge in the Hippocampus, *Nature* 299, 636-638, 1982.

Marks IM, Agoraphobic syndrome (Phobie Anxiety State), *Arch Gen Psychiatry* 23, 538-553, 1970.

Marks IM, Le syndrome d'agoraphobie, *Psychiatrie* 3. (suppl . 22), 78-89, 1986.

Mathew AM, Gelder MG, Johnson DW, Agoraphobia, Nature and Treatment, New York, Guilford Press, 1981.

Mavissakalian M, Salerni R, Thompson ME, Michelson L, Mitral valve prolapse and agoraphobia, *Am J Psychiatry* 140, 1612-1614, 1983.

Mayer MA, Zimmerman AW, Miller CA: Temporal lobe epilepsy presentig as panic attacks: detection of interictal hypometabolism with positron emission tomography. *J Neuroimaging* 10(2): 120-122, 2000.

McElroy SL, Keck PE, Lawrence JL, Treatment of panic disorder and benzodiazepine withdrawal with valproate, *J Neuropsychiatry Clin Psychiatry*, 24, 942-943, 1988.

McLachlan RS, Blum WT, Isolated fear and complex partial status epilepticus, *Ann Neurol*, 8,639 641, 1980.

Mendel JGC, Klein DF, Anxiety Attacks with Subsequent Agoraphobia, *Compr Psychiatry* 10, 190-195, 1969.

Mesulman MM, Principles of Behavioral Neurology. 2nd. Ed, Philadelphia. PA, FA Davis LO. Publishers, 1966.

Meyer MA, Zimmerman, Miller CA: Temporal lobe epilepsy presenting as panic attacks: detection of interictal hypometabolism with positron emission tomography. *J Neuroimaging* 10(2):120-122, 2000.

Moran MA, Mufson EJ, Mesulam MM, Neural Inputs Into the Temporopolar Cortex of the Rhesus Monkey, *J Comp Neurol*, 256,88-103, 1987.

Mullaney JA, Trippett CJ, Alcohol Dependence and Phobias, Clinical Description and Relevance, *Brit J Psychiatry*, 135, 565-573, 1979.

Munjack DJ, Moss HB, Affective Disorders and Alcoholism in Families of Agoraphobics, *Arch Gen Psychiatry* 38, 869-871, 1981.

Nickell PV, Uhde TW, Anxiety disorders and epilepsy, En: Devinsky O, Theodore E (eds), *Epilepsy and Behavior*, New York, Wiley-Liss, pp 67-84, 1991.

Nordahl TE, Semple WE, Gross M et al. Cerebral glucose metabolic differences in patients with panic disorder. *Neuropsychopharmacology* 3(4): 261-272, 1990.

Norton GR, Harrison B, Haugh J, Rhodes L, Characteristics of People with Infrequent Panic Attacks, *J Abnorm Psychol* 94, 216-221, 1985.

Noyes R, Clancy J, Hoenk PR, Slymen DJ, The Prognosis of Anxiety Neurosis, *Arch Gen Psychiatry*, 37,2, 173-178, 1980.

Nutt DJ, Cowen PJ, Diazepam alters brain 5-HT function in man, implications for the acute and chronic effects of benzodiazepinas, *Psychological Medicine*, 17, 601-607, 1987.

Nutt DJ, Glue P, Lawson CH, Wilson S, Flumazenil Provocation of Panic Attacks, *Arch Gen Psychiatry* 47, 917-925, 1990.

Oke A, Kent T, Preskorn S, Adams RN, In Vivo Electrochemical Detection of the Effects of CO₂-Induced Anxiety, *Neurosci Abstr*, 11, 132, 1985

Oldfield RC, The Assessment and analysis of handedness, The Edinburgh Inventory. *Neuropsychologia*, 9, 97-113, 1971.

Ontiveros A, Fontaine R, Crisis de Angustia provocadas: Agentes Evocadores e Hipótesis Fisiopatológicas. *II Salud Mental*, 15 (3), 31-37, 1993.

Ontiveros A, Fontaine R, Breton G, Elie R, Fontaine S, Dery R, Correlation of Severity of Panic Disorder and Neuroanatomical Changes in Magnetic Resonance Imaging. *J Neuropsychiatry Clin Neurosciences* 1, 404-408, 1989.

Ontiveros A, Fontaine R, Crisis de angustia provocadas, Agentes evocadores e hipótesis fisiológicas, *I Lactato de Sodio, Salud Mental*, 1992.

Ontiveros A, Fontaine R, Elie R, Breton G, Fontaine S, Dery R, Signification cliniques des anomalies neuroanatomiques dans le trouble de panique. *Comptes Rendus du Congres de Psychiatre et de neurologie de langue francaise. 100e Anniversaire de l'Association, Tome IV, 448-454, 1990.*

Ontiveros A, Fontaine R, Sodium valproate and clonazepam for treatment resistant panic disorder, *J Psychia Neurosc*, 17, 78-80, 1992.

Ontiveros A, Perfusión de lactato de sodio en pacientes con epilepsia y Crisis de angustia, *Memorias XII Encuentro de Investigación Biomédica, Facultad de Medicina de la U.A.N.L., p6, 1994.*

Palacio JM, Kuhar MJ, Beta Adrenergic Receptor Localization in Rat Brain by Light Microscopic Autoradiography, *Neurochemistry International* 4, 473-490 1982.

Pande AC, Pollack MH, Crockatt J, Greiner M, Chouinard G, Lydiard RB, Taylor CB, Dager SR, Shiovitz T, Placebo-controlled study of gabapentin treatment of panic disorder, *J Clin Psychopharmacol*, 20(4):467-71, 2000.

Papp LA, Goetz R, Cole R, Klein DF, Jordan F, Liebowitz MR, Fyer AJ, Hollander E, Gorman JM, Hypersensitivity to Carbon Dioxide in Panic Disorder, *Am J Psychiatry*, 146, 779-781, 1989.

Pariente PD, Lepine JP, Lelouch J, Lifetime history of panic attacks and epilepsy: an association from a general population survey, *J Clin Psychiatry*, 52(2):88-9, 1991.

Pavlick W, Geisinger M, Castle IL y colaboradores, The Effects of Nuclear Magnetic Resonance of Patients with Cardiac Pacemakers, *Radiology* 147, 149-153, 1983.

Persson G, Nordlund CI, Agoraphobics and Social Phobics, Differences in Background Factors, Syndrome Profiles and Therapeutic Response, *Acta Psychiatr Scand*, 71, 148-159, 1985.

Pitts FN, McClure JN, Lactate Metabolism in Anxiety Neurosis, *N Engl J Med*, 277,1329-1336, 1967.

Post RM, Uhde TW, Anticonvulsants in Nonepileptic Psychosis. En: Bowing TG, Trimble MR (Editores), *Epilepsy and Psychiatry*, Chichester NY, Wiley 177-212, 1986.

Price JL, Marall DG, An Autoradiographic Study of the Projections of the Central Nucleus of the Monkey Amygdala, *J N Neurosci* 1, 1242-1259, 1981.

Primeau F, Fontaine R, Sodium valproate acid and panic disorder, *Can J Psychiatry*, 35,238-250, 1990.

Puesner JC, Collins DL, Pruewssner M, Evans AC, Age and gender predict volume decline in the anterior and posterior hippocampus in early adulthood, *J Neurosci* 1, 21(1):194-200, 2001.

Quitkin FM, Rifkin A, Kaplan J, Klein DF, Phobic Anxiety Syndrome Complicated by Drug Dependence and Addiction, A Treatable Form of Drug Abuse, *Arch Gen Psychiatry* 27, 159-162, 1972.

Raj A, Sheehan, CV Medical Evaluation of Panic Attacks, *J Clin Psychiatry* 48, 309-313, 1987.

Ramos-Brieva JA, Cordero VA, A new validation of the Hamilton Rating Scale for Depression, *J Psychiat Res*, 22, No.1, 21-28, 1988.

Rappaport MH, Risch SC, Guillin JCH, Golshan S, Jansowsky D, The effects of Physostigmine Infusions on Patients with Panic Disorders, *Biol Psychiatry*, 29, 658,1991.

Raskin M, Peeke HVS, Dickman W, Pinsker H, Panic and Generalized Anxiety Disorders, Developmental Antecedents and Precipitants, *Arch Gen Psychiatry* 39, 687-689, 1982.

Rauch SL, Shin LM, Functional neuroimaging studies in posttraumatic stress disorder. *Ann N Y Acad Sci* 21;821:83-9 1997.

Redmond DE, New and Old Evidence for the Envolvement of Brain Norepinephrine System in Anxiety, En: Fann WE, Karacan I, Pokorny AD, Williams R, (eds), *Phenomenology and Treatment of Anxiety*, Spectrum Publications, New York, 153-208, 1979.

Reiman EM, Raichle ME, Robins E, Butler FK, Herscovitchp, Fox P, Perlmutter J, The Application of Positron Emission Tomography to the Study of Panic Disorder, *Am J Psychiatry*, 143,469-477, 1986.

Reiman EM, Raichle ME, Butler FK, Herscovitch P, Robins E, A Focal Brain Abnormality in Panic Disorder, A Severe Form of Anxiety, *Nature*, 310, 638-635, 1984.

Reiman EM, Raichle ME, Robins E, Mintun MA, Fusselman MJ, Fox PT, Price JL, Hackman KA, Neuroanatomical Correlates of a Lactate-Induced Anxiety Attack, *Arch Gen Psychiatry*, 46, 493-500, 1989.

Rosene DL, Van Hoesen GW, Hippocampal Efferents Reach Widespread Areas of Cerebral Cortex and Amygdala in the Rhesus Monkey, *Science* 198, 315-317, 1977.

Rosenberg DR, Keshavan MS, Dick EL, Bagwell WW, MacMaster FP, Birmaher B, Corpus callosal morphology in treatment-naive pediatric obsessive compulsive disorder. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 21(8):1269-83, 1997.

Roth M, Harper M, Temporal lobe epilepsy and the phobic anxiety-depersonalization syndrome, II, practical and theoretical considerations, *Compr Psychiatry*, 3, 215-226, 1962.

Roy-Byrne PP, Cowley DS, Greenblatt DJ, Shader RI, Hommer D, Reduced benzodiazepine sensitivity in Panic Disorder, *Arch Gen Psychiatry*, 47, 534, 1990.

Saxena S, Brody AL, Schwartz JM, Baxter LR, Neuroimaging and frontal-subcortical circuitry in obsessive-compulsive disorder, *Br J Psychiatry Suppl.* (35):26-37, 1998.

Sims A, Prior P, Arteriosclerosis Related Deaths in Severe Neurosis, *Compr Psychiatry* 23, 181-185, 1982.

Skerrit PW, Anxiety and the Heart, A Historical Review, *Psychol Med* 13, 17-25, 1983.

Smail P, Stockwell T, Canter S, Hodgson R, Alcohol Dependence and Phobic Anxiety States. I A prevalence Study, *Brit J Psychiatry* 144, 53-57, 1984.

Smith OA, De Vito J, Central Neural Integration for the Control of Autonomic Responses Associated with Emotion, *Ann Rev Neurosci* 7, 43-65, 1984.

Snaith RP, A Clinical Investigation of Phobias, *Brit J Psychiatry* 141, 673 – 698, 1968.

Solyom L, Beck P, Solyom C, Hugel R, Some Aetiological Factors in Phobic Neurosis, *Can Psychiatr Assoc J* 19, 69-78, 1974.

Sorensen AS, Hansen H, Andersen R, Hogenhaven H, Allerup P, Bolwing TG, Personality Characteristics and Epilepsy, *Acta Psychiatr Scand*, 80, p620-631, 1989.

Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE, State-Trait-Anxiety Inventory, Palo Alto Consulting Psychologists Press, Palo Alto, Cal, 1970.

Spitz M, Panic disorders in seizure patients, a diagnostic pitfall, *Epilepsia* 32-33-38, 1991.

Stango SJ, Psychiatric aspects of epilepsy, En: Lea and Febiger (Ed), *The Treatment of Epilepsy*, Wylie E, Philadelphia, 1149-1162, 1993.

Stein BS, Panic Disorder and Medical Illness, *Psychosomatics*, 27, 833-838, 1986.

Stein MB, Koverola C, Hanna C, Torchia MG, McClarty B. Hippocampal volume in women victimized by childhood sexual abuse. *Psychol Med* 27(4):951-9,1997.

Stockwell T, Smail P, Hodgson R, Canter S, Alcohol Dependence and Phobic Anxiety States II, A Retrospective Study, *B J Psychiatry* 144, 58-63, 1984.

Stockwell, T, Bolderston, H, Alcohol and Phobias, *Brit J of Addiction* 82, 971-979, 1987.

Stone EA, Rapid Adaptation of the Stimulatory Effect of PCO₂ on Brain Norepinephrine Metabolism, *Naunyn Schmiedebergs Arch Pharmacol*, 324, 313-315, 1983.

Strauss E, Risser A, Jones MW, Fear responses in patients with epilepsy, *Arch Neurol* 39,626-630, 1982.

Swanson LW, The Hippocampus and the Concepts of the Limbic System, En: Seifert W (Editores), *Neurology of the Hippocampus*, New York, Academic Press, 3-19, 1983.

Szeszko PR, Robinson D, Alvir JM, Bilder RM, Lencz T, Ashtari M, Wu H, Bogerts B. Orbital frontal and amygdala volume reductions in obsessive-compulsive disorder, *Arch Gen Psychiatry*, 5(10):913-9, 1999.

Taylor CB, Sheikh J, Agras WS, Roth WT, Margraf J, Ehlers A, Maddock RJ, Gossard D, Ambulatory Heart Rate Changes in Patients with Panic Attacks, *Am J Psychiatry*, 143, 478-481, 1986.

Theodore WH, Gaillard WD, Neuroimaging and the progresión of epilepsy, *Prog Brain Res* 135:305-313, 2002

Thorpe GL, Burns LE, *The Agoraphobic Syndrome*, New York, John Wiley and Sons, 1983.

Thyer BA, Barrish R, Curtis GC, Neese RM, Cameron OG, Ages of Onset of DSM-III Anxiety Disorders, *Compr Psychiatr* 26, 113-122, 1985a.

Thyer BA, Himle J, Temporal Relationship Between Panic Attacks Onset and Phobic Avoidance in Agoraphobia, *Behav Res Ther* 23, 607-608, 1985b.

Thyer BA, Himle J, Curtis GC, Cameron OG, Nesse RM, A Comparison of Panic Disorder and Agoraphobia with Panic Attacks, *Compr Psychiatry* 26, 2, 208-214, 1985c.

Thyer BA, Parrish RT, Himle J, Cameron OG, Curtis GC, Nesse RM, Alcohol Abuse Among Clinically Anxious Patients, *Behav Res Ther* 24, 3, 357-359, 1986.

Torgensen S, Childhood and Family Characteristics in Panic and Generalized Anxiety Disorders, *Am J Psychiatry* 143, 630-632, 1986.

Torres M, Hernández E, Ortega H, Validez y reproducibilidad del Inventario para depresión de Beck en un hospital de cardiología, *Salud Mental* 14, No.2, 1-6, 1991.

Uhde TW, Boulenger JP, Roy-Byrne PP, Geraci MF, Vittone BJ, Post RM, Longitudinal Course of Panic Disorder, Clinical and Biological Considerations, *Progr Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, 9, 30-31, 1985.

Uhde TW, Boulenger JP, Vittone B, Siver LJ, Post RM, Human Anxiety and Noradrenergic Function, Preliminary Studies with Caffeine, Clonidine and Yohimbine, *Proceedings of the Studies with Congress of Psychiatry*, Plenum Press, New York, 693-698, 1986.

Uhde TW, Stein MB, Post RM, Lack of efficacy of carbamazepine in the treatment of panic disorder, *Am J Psychiatry*, 145, 1104-1109, 1988.

US Department Of Health Education And Welfare, Biometric Laboratory, ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology Revised George Washington University, Washington University, Washington, 217-222, 1976.

Valencia M, Rojas E, González C, Ramos L, Villatoro J, Evaluación del Funcionamiento Social en Pacientes de un Centro de Salud, *Salud Pública de México* 31 No. 5, Septiembre-Octubre, 1989.

Van Hoesen GW, The Parahippocampal Gyrus, New Observations Regarding its Cortical Connections in the Monkey, *Trends in Neuroscience*, 345-350, 1982.

Villarreal G, King CY. Brain imaging in posttraumatic stress disorder. *Semin Clin Neuropsychiatry* 6(2):131-45, 2001.

Von Korff MR, Eaton WW, Kely PM, The Epidemiology of Panic Attacks and Panic Disorder, Results of Three Community Surveys, *Am J Epidemiology* 122, 6, 970-981, 1985.

Vythilingam M, Anderson ER, Goddard, A, Woods, SW, Staib LH, Charney DS, Bremner JD: Temporal lobe volume in panic disorder- a quantitative resonance imaging study. *Psychiatry Res: Neuroimaging* 99: 75-83, 2000.

Walley HC, Wardlaw JM, Accuracy and reproducibility of simple cross-sectional linear and area measurements of brain structures and their comparison with volume measurements, *Neuroradiology* 43(4):263-171, 2001.

Watson C, Andermann F, Gloor P et al, Anatomic basis of amygdaloid and hippocampal volume measurement by magnetic resonance imaging, *Neurology* 42, 1743-1750, 1992.

Weil AQ, Ictal Depression and Anxiety in Temporal Lobe Disorders, *Am J Psychiatry* 113, 149-157, 1956.

Weilburg JB, Baer DM, Sachs G, Three patients with concomitant panic attacks and seizure disorder, possible clues to the neurology of anxiety, *Am J Psychiatry*, 144,1053-1056, 1987.

Weilburg JB, Schachter S, Sachs GS, Worth J, Pollack MH, Ives JR, Schomer DL: Focal parosymal EEG changes during atypical panic attacks. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 5(1):50-55, 1993.

Weissman MM, Leckmann JF, Merikangas KR, Gammon GD, Prusoff BA, Depression and Anxiety Disorders in Parents and Children, *Arch Gen Psychiatry* 41, 845-852, 1984 .

Weissman MM, Merikangas KR, The Epidemiology of Anxiety and Panic Disorders, An update, *J Clin Psychiatry*, 47, 6 (suppl), 11-18, 1986.

Weissman MM, Klerman GL, Markowitz JS, Ouellette R: Suicidal ideation and suicide attempts in panic disorder and attacks. *N Engl J Med*, 321:1209-1214, 1989.

Westenberg HGM, Den Boer JA, Serotonin function in panic disorder: effect of 1-5-hydroxytryptophan in patients and controls, *Psychopharmacol*, 98, 283-285, 1989.

Westphal C, Die Agoraphobie, Eine NeuroRatische Erscheinug. *Arch Psychiatr Nervenkr*, (1871) 2-3, 138-161 (Traduction francaise, Synapse) 11, 28-40, 1985.

Whitwam JG, Doffin J, Triscott A, Stimulation of the Peripheral Chemoreceptors with Sodium Bicarbonate, *Br J Anesth*, 48, 853-857, 1976.

Williams D, The structure of emotions reflected in epileptic experiences, *Brain*, 79, 29-67, 1956.

Winer BJ, *Statistical Principles on Experimental Design*, New York, McGraw-Hill, 4-57, 1962.

World Health Organization, *The ICD-10 clasification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*, WHO, Switzerland, 1992.

Woods SW, Charney DS, Delgado PL, Heninger GR, The effect of long-term imipramine treatment on carbon dioxide-induced anxiety in panic disorder patients, *J Clin Psychiatry*, 51, 12, 1990.

Woods SW, Charney DS, Heninger GR, Goodman WK, Loke J, Redmond DE, Mechanism of CO₂-induced anxiety, *Neurosci abstr*, 11, 132, 1985.

Woods SW, Charney DS, Loke J, Goodman WK, Redmond DE, Heninger GR, Carbon Dioxide Sensitivity in Panic Anxiety. Ventilatory and Anxiogenic Response to Carbon Dioxide in Healthy Subjects and Patients with Panic Anxiety Before and After Alprazolam Treatment, *Arch Gen Psychiatry*, 43, 900-909, 1986.

Yeragani VK, Rainey JM, Phol R, Balon R, Berchou RB, Jolly S, Lycaki H, Preinfusion Anxiety and Laboratory-Induced Panic Attacks in Panic Disorder Patients, *J Clin Psychiatry*, 49, 302-306, 1988b.

Young I R, Burl M, Bydder G M, Comparative Efficiency of different pulse sequences in MR Imaging, *J Comput Assist Tomogr*, 10, 271-286, 1986.

Zappoli R, Zaccara G, Rossi L, Arnetoli G, Armantini A, Combined Partial Temporal and Secondary Generalized Status Epilepticus. Report of a Case With Fear Bouts Followed by Prolonged Confusion, *Eur Neurol* 22, 192-204, 1983.

RESUMEN AUTOBIOGRAFICO

José Alfonso Ontiveros Sánchez de la Barquera

Candidato para el Grado de
Doctor en Medicina

Título de la Tesis : ESTUDIO COMPÁRATIVO SOBRE LAS CARACTERÍSTICAS CLINICAS Y NEUROPATOLÓGICAS DEL TRASTORNO DE CRISIS DE ANGUSTIA Y LA EPILEPSIA PARCIAL

Area de Estudio : Psiquiatría

Biografía :

Datos Personales :

Lugar de Nacimiento : México, D.F., Fecha de Nacimiento : 27 de Enero de 1958,

Escolaridad :

Licenciatura: Carrera: Médico Cirujano: Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F. **Especialidad:** Especialidad en Psiquiatría, Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, N.L. **Maestría:** Maestría en Ciencias con Especialidad en Psiquiatría, Facultad de Estudios Superiores de la Universidad de Montreal, Québec, Canada. **Doctorado:** Candidato a Doctor en Medicina, Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, N.L.

Experiencia Profesional :

Exámen Nacional de Conocimientos Médicos. Secretaria de Salubridad y Asistencia 1981, Médico Cirujano, Universidad Nacional Autónoma de México, Dirección General de Profesiones, No. 756419, S.S.A. 96543, 1982. Internado rotatorio de Posgrado Universidad Nacional Autónoma de México, Hospital General de México 1983. Residencia en Psiquiatría: Primer año, Universidad Nacional Autónoma de México, Hospital Fray Bernardino Alvarez SSA, Marzo 1983 a Febrero 1984, Psiquiatría Infantil Hospital Juan N. Navarro, Marzo 1984 a Julio 1984. Medical Council of Canada Evaluation of graduate of foreign schools 1984, Especialización en Psiquiatría Universidad Autónoma de Nuevo León. Departamento de Psiquiatría, Hospital Universitario "Dr. José E. González" 1984 a 1987. Maestría en Ciencias: Université de Montreal (Québec, Canadá), 1988-1990. **Membresías en Asociaciones :** American Psychiatric Association, Society of Biological Psychiatry, Asociación Psiquiátrica Mexicana, Sociedad Mexicana de Psiquiatría Biológica, Texas World Health Organization Collaborating Center, Colegio Mexicano de Neuropsicofarmacología, Colegio de Neurociencias y Asociación Psiquiátrica del Noreste. **Reconocimientos y Distinciones :** Investigador Nacional Nivel I 1991 a 1994, Reconocimiento 10 años de labor docente de la Facultad de Medicina de la UANL en 2002, Asesor Internacional del DSM IV 1998. **Fondos para Investigación:** MacArthur Foundation 1991, Promep Julio 2002, Paicyt 2001, 2002, **Desarrollo de Productos:** Archivo Psiquiátrico Electrónico ARPE 2000, **Entrevistas :** Porque se suicidan los adolescentes, Reader's Digest Selecciones P. 37, Sept. 1996, **Publicaciones:** DSM-IV Sourcebook, Vol.4 (American Psychiatric Association, Washington, D.C. 1988, 687-713), Estudio Epidemiológico sobre enfermedad de Chagas en un población de Oaxaca, México. Primer caso de Megasigmoides en México, Soc. Mexicana Parasitol vol. 1 7-24, 1985, Epidemiología de la enfermedad de Chagas en una población de Oaxaca, México. Sanit Pan Am 25 325-332, 1987, Correlation of Servery of Panic Disorder and Neuroanatomical Changes in Magnetic Resonance Imaging, J. Neuropsychiatry and Clin Neurosciences I, 404-408, 1989; Panic attacks and Multiple Sclerosis. Letter to the Editor, Biol. Psychiatry 27, 672-

673, 1990; Social Phobia and clonazepam, *J. Psychiatry* 35, 439-441, 1990; Farmacología de la Fobia Social, *Rev. Salud Mental* 13, 50-53, 1990; Lithium Carbonate Augmentation of Desipramine in Refractory Depression, *J. Psychiatry* 37, 608-611, 1990; Refractory Depression: the addition of lithium to fluoxetine or desipramine, *Acta Psychiatrica Scand* 83, 188-192, 1991; Lithium Carbonate Augmentation of Desipramine and Fluoxetine in Refractory Depression. *Biol. Psychiatry* 29, 946-948, 1991; La imagenología por resonancia nuclear magnética en psiquiatría perspectiva y avances. *Salud Mental* 4(3), 38-43, 1991; Panic Disorder: vascular evaluation with transcranial Doppler ultrasonography, *Journal de L'Association canadienne des radiologists* 42, 412-416, 1991; Probable Interaction of sodium Dialproex with benzodiazepines *Prog. In Neuropsychopharmacology and Biol. Psychiatry* 15, 269-273, 1991; Crisis de angustia provocadas: Agentes evocadores e hipótesis fisiopatológicas, *Lactato de Sodio*, *Salud Mental* 16(2), 6-12, 1993; Crisis de angustia provocadas: Agentes evocadores e hipótesis fisiopatológicas, Inhalación de Co₂, Caféina, Agonistas, Antagonistas inversos de las benzodiazepinas, yohimbina, isoproterenol norepinefrina, fenfluramina, MCPP y colecitoquinina, *Salud Mental* 15 (3) 31-37, 1993; A double blind comparison of nefazodone, imipramine and placebo in major depression, *J. Clin Psychiatry* 55(6), 234-241, 1994; Substance-Abuse in Psychotic Disorders Associations with Affective Syndromes, *Schizophrenia Research* 14, (1), 73-81, 1994; Efectos secundarios de antidepresivos en la función sexual. *Salud Mental* 18(1) 61-70, 1995; Estrategias farmacológicas para el manejo de la Depresión Resistente: La adición de litio, *Scientia Poetica* 1 (2), 55-63, 1996; A double blind, comparative study of paroxetine and fluoxetine in outpatients with depression, La adición de litio en el manejo de la depresión resistente, *Salud Mental* 20(3), 41-47, 1997; Estudio comparativo de la eficacia de la sertralina con la de la imipramina en el tratamiento de la depresión mayor, *Psiquiatría* vol. 13, 31-36, 1997; Estudio doble-ciego sobre fluoxetina vs amitriptilina en los síntomas depresivos y de ansiedad y calidad de vida de los adultos con depresión mayor, *Salud mental* 21(1) 58-63, febrero 1998; A randomized open label comparison of venlafaxine and fluoxetine in depressed outpatients, *Clinical Therapeutics* 20:4467-76, 1998; Fluoxetine vs amitriptyline in the treatment of major depression with associated anxiety (anxious depression): a double-blind comparison, *Int. Clin Psychopharmacol* 14 (6): 321-7 1999; Actualización sobre antidepresivos, *Medicina Universitaria* vol. 2 num.7(141-146), 2000. **Entrevistas:** Porque se suicidan los Adolescentes, *Reader's Digest Selecciones* P. 37, Sept. 1996. **Total de Resúmenes Publicados:** 97. **Total de Presentaciones en Congresos:** 209. **Investigaciones Completadas como Investigador Principal:** 35. **Permanencia:** Director General de Investigación del Departamento de Psiquiatría, Hospital Universitario "Dr. José E. González", Universidad Autónoma de Nuevo León; Jefe de la Clínica de Investigación en Ansiedad y Depresión, Departamento de Psiquiatría, Hospital Universitario; Profesor Asociado Psicofarmacología Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario, Psiquiatra Investigador del Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario, Coordinador General del Instituto para la atención integral de la Depresión, Ansiedad y Conducta IDAC, Presidente Instituto para la Atención Integral de la Depresión, Conducta y Ansiedad; Profesor Asociado de la escuela de Medicina del Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey.

