

Escala de Pánico y Agorafobia de Bandelow (Panic and Agoraphobia Scale, PAS)



Este cuestionario está diseñado para personas que sufren ataques de pánico y agorafobia. Puntúe la severidad de sus síntomas en la *semana pasada*.

Los ataques de pánico se definen como descargas súbitas de ansiedad, acompañadas de algunos de los siguientes síntomas:

- Palpitaciones o taquicardia
- Sudoración
- Temblor o sacudidas
- Boca seca
- Dificultad para respirar
- Sensación de shock
- Dolor torácico o molestias
- Náuseas o malestar abdominal
- Sensación de vértigo, inestabilidad
- Sensación de que los objetos son irreales (como en un sueño), o que uno mismo está distanciado o «no realmente aquí»
- Miedo a perder el control, volverse loco
- Miedo a morir
- Sofocos o escalofríos
- Sensación de hormigueo

A.1. *¿Con qué frecuencia tuvo ataques de pánico?*

0. Sin ataques de pánico la semana pasada
1. 1 ataque de pánico la semana pasada
2. 2 o 3 ataques de pánico la semana pasada
3. 4-6 ataques de pánico la semana pasada
4. Más de 6 ataques de pánico

A.2. *¿Cómo de severos fueron los ataques de pánico en la semana pasada?*

0. Sin ataques de pánico la semana pasada
1. Los ataques fueron generalmente leves
2. Los ataques fueron generalmente moderados
3. Los ataques fueron generalmente graves
4. Los ataques fueron generalmente muy graves

A.3. *Normalmente, ¿cuánto duraron los ataques de pánico?*

0. Sin ataques de pánico la semana pasada
1. De 1 a 10 minutos
2. Entre 10 y 60 minutos
3. Entre 1 y 2 horas
4. Más de 2 horas

U. *La mayor parte de los ataques, ¿fueron esperados (sucieron en situaciones temidas) o inesperados (espontáneos)?*

9. Sin ataques de pánico
0. Principalmente inesperados
1. Más inesperados que esperados
2. Algunos inesperados y algunos esperados
3. Más esperados que inesperados
4. Más de 2 horas

B.1. *Durante la última semana, ¿evitó determinadas situaciones por miedo a tener un ataque de pánico o una sensación de incomodidad?*

0. No evitación (o mis ataques no suceden en situaciones determinadas)
1. Evitación infrecuente de situaciones temidas
2. Evitación ocasional de situaciones temidas
3. Evitación frecuente de situaciones temidas
4. Evitación muy frecuente de situaciones temidas

B.2. *Por favor, marque las situaciones que evita o en las cuales se producen ataques de pánico o una sensación de incomodidad:*

- | | |
|---|------------------------|
| Aviones | Sitios altos |
| Autobuses, trenes | Cruzando puentes |
| Teatros, cines | Viajando lejos de casa |
| Haciendo cola | Quedarse en casa solo |
| Fiestas o reuniones sociales | Metro |
| Restaurantes | Barcos |
| Sitios cerrados (p. ej., túneles) | Supermercados |
| Aulas, salones de conferencias | Auditorios, estadios |
| Conduciendo o yendo en coche (p. ej., en un atasco) | Multitudes |
| Grandes habitaciones (vestíbulos) | Museos |
| Caminando por la calle | Ascensores |
| Campos, grandes avenidas | |

Otras situaciones: _____

0. Ninguna (o sin agorafobia)
1. 1 situación
2. 2-3 situaciones
3. 4-8 situaciones
4. Ocurre en muchas situaciones distintas

7.8. Escala de Pánico y Agorafobia de Bandelow
(Panic and Agoraphobia Scale, PAS)



B.3. *¿Qué grado de importancia tenían las situaciones evitadas?*

0. No eran importantes (o sin agorafobia)
1. No muy importantes
2. Moderadamente importantes
3. Muy importantes
4. Extremadamente importantes

C.1. *En la semana pasada, ¿tuvo temor a tener un ataque de pánico (ansiedad anticipatoria)?*

0. Sin ansiedad anticipatoria
1. Temor infrecuente a tener un ataque de pánico
2. A veces temor a tener un ataque de pánico
3. Temor frecuente a tener un ataque de pánico
4. Temor constante a tener un ataque de pánico

C.2. *¿Qué intensidad tenía ese «temor de temor»?*

0. Nula
1. Leve
2. Moderada
3. Marcada
4. Extrema

D.1. *En la semana pasada, ¿sus ataques de pánico o agorafobia le causaron restricciones (deterioro) en sus relaciones familiares (con su pareja, los niños)?*

0. Sin deterioro
1. Deterioro leve
2. Deterioro moderado
3. Deterioro marcado
4. Deterioro extremo

D.2. *En la semana pasada, ¿sus ataques de pánico o agorafobia le causaron restricciones (deterioro) en su vida social y actividades de ocio (p. ej., no ha sido capaz de ir al cine o a una fiesta)?*

0. Sin deterioro
1. Deterioro leve
2. Deterioro moderado
3. Deterioro marcado
4. Deterioro extremo

D.3. *En la semana pasada, ¿sus ataques de pánico o agorafobia le causaron restricciones (deterioro) en sus responsabilidades en el trabajo (o en las tareas del hogar)?*

0. Sin deterioro
1. Deterioro leve
2. Deterioro moderado
3. Deterioro marcado
4. Deterioro extremo

E.1. *En la última semana, ¿se preocupó por sufrir algún daño por sus síntomas de ansiedad (p. ej., tener un ataque de corazón, o desmayarse y herirse)?*

0. No es cierto
1. Escasamente cierto
2. Parcialmente cierto
3. Principalmente cierto
4. Totalmente cierto

E.2. *¿Algunas veces pensó que su médico estaba equivocado cuando le decía que sus síntomas del tipo golpes de corazón, respiración entrecortada, vértigo, etc., tenían una causa psicológica? ¿Creía que, en realidad, detrás de esos síntomas existía una causa somática (física, corporal) que todavía no había sido descubierta?*

0. No es cierto (más bien enfermedad psíquica)
1. Escasamente cierto
2. Parcialmente cierto
3. Principalmente cierto
4. Totalmente cierto (más bien enfermedad orgánica)

Puntuaciones

- A. **Ataques de pánico:** _____
- B. **Agorafobia, conductas de evitación:** _____
- C. **Ansiedad en los períodos interataques:** _____
- D. **Discapacidad:** _____
- E. **Preocupaciones por la salud:** _____
- T. **Puntuación total** (suma de todos los ítems excepto el «U»): _____