

CONTROVERSIAS CONCEPTUALES EN TORNO A LA CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

E. ECHEBURÚA ODRIOZOLA; P. DE CORRAL GARGALLO
Universidad del País Vasco

Resumen

El tema de la clasificación de los trastornos psicopatológicos se ha vuelto polémico tras la publicación de las recientes versiones de las nosologías psicopatológicas vigentes: el DSM-III-R y el ICD-10. En este artículo se realiza una valoración comparativa de estos dos sistemas clasificatorios en relación con los trastornos de ansiedad. La utilización del pánico como eje clasificatorio de la ansiedad en el DSM-III-R suscita confusión. La clasificación del ICD-10 de la agorafobia y del trastorno de pánico es más clara. Se comentan las implicaciones para la clínica y para la investigación de la adopción de uno de los dos sistemas.

Abstract

The subject of classification in psychopathology has recently become somewhat controversial as a result of the current revision of the two systems in use: DSM-III-R and ICD-10. This paper compares the two systems in relation to specific anxiety disorders. The DSM-III-R use of panic as a basis for classification has created confusion. The ICD-10 classification of agoraphobia and panic disorder is more clear. The implications of the two different systems for clinical research and practice are discussed.

Introducción

La ansiedad es un componente que está presente en muchos trastornos de conducta. Sin embargo, el área de la ansiedad y de sus alteraciones nucleares no está bien delimitada todavía. Se trata de un conjunto de trastornos con gran prevalencia y notable repercusión clínica en diversas áreas de la salud, pero sin una definición suficientemente precisa y sin una acotación de límites adecuada. Es, de hecho, uno de los campos de la clasificación psicopatológica donde se constatan fiabilidades más bajas de diagnóstico (Tobeña, 1986).

Hay un interés reciente por clasificar los trastornos de ansiedad sobre nuevas bases conceptuales, referidas en particular al abandono de una supuesta etiología y a la agrupación de los cuadros clínicos en torno a la presencia de síntomas comunes. El DSM-III-R (APA, 1987) y el ICD-10 (OMS, en preparación) —las dos nosologías psiquiátricas más recientes e influyentes— son básicamente semejantes en el ámbito de los trastornos de ansiedad, pero sus diferencias no son menos importantes y reflejan la presencia de dos cuestiones conceptuales no resueltas

aún: cuáles son los límites de los trastornos de ansiedad y cómo clasificar los trastornos que se encuentran dentro de tales límites (Gelder, 1989; Tyrer, 1989).

Límites de los trastornos de ansiedad

La *ansiedad* y la *depresión* son dos cuadros clínicos próximos. El grado de relación entre ambos es objeto de polémica, que se ha reavivado recientemente tras el descubrimiento de la respuesta terapéutica a los antidepresivos por parte de los pacientes con trastorno de pánico (Galletero y Guimón, 1989a). Los límites entre la ansiedad y la depresión se han estudiado mediante técnicas estadísticas multivariadas (Roth y Mountjoy, 1982), por medio de estudios familiares (Crowe, Noyes, Pauls y Slymen, 1983) y a través de controles de seguimiento de los pacientes ansiosos (Kerr, Roth y Shapira, 1974). Todos estos trabajos son coincidentes en que la ansiedad y la depresión no constituyen un *continuum*, sino que

son cuadros clínicos diferenciados, y en que el entrecruzamiento de estos grupos diagnósticos durante el seguimiento es escaso (Roth y Mountjoy, 1982). De hecho, y desde la perspectiva de los marcadores biológicos, los grupos diagnósticos de ansiedad difieren del diagnóstico de depresión mayor en parámetros biológicos tales como el acortamiento del período que transcurre entre el comienzo del sueño y la primera fase del sueño REM (Akiskal, 1985) y la respuesta al test de supresión de la dexametasona (Sheehan, Claycomb y Surman, 1983).

Si bien estos estudios justifican la separación nosológica de los trastornos de ansiedad graves de los trastornos depresivos graves, en investigaciones epidemiológicas llevadas a cabo con pacientes de medicina general (Goldberg y Huxley, 1980) se ha observado un cierto solapamiento de los trastornos de ansiedad con algunas formas leves de depresión. No es infrecuente, por otra parte, en la clínica encontrarse con pacientes con trastornos de ansiedad crónicos que experimentan alteraciones depresivas superpuestas a los síntomas de ansiedad (Clancy, Noyes, Noenck y Slymen, 1978; Rickels, Downing y Stein, 1979). Todo ello permite justificar la inclusión del «trastorno mixto de ansiedad y depresión» en el ICD-10 (Gelder, 1989).

Por otra parte, la frontera entre los *trastornos de ansiedad* y los *trastornos obsesivo-compulsivos* está aún más desdibujada. La evidencia empírica es menor que el caso anterior porque, al ser poco frecuentes los trastornos obsesivos, han sido escasos los estudios llevados a cabo sobre la relación entre estos dos cuadros clínicos (cfr. Rosenberg, 1967; Torgensen, 1983). En los trastornos obsesivos se observan síntomas de ansiedad, pero los estudios de seguimiento no demuestran la transición del trastorno obsesivo al trastorno de ansiedad. No obstante, es prematuro determinar si los trastornos obsesivos deben considerarse como una variante de los trastornos de ansiedad (como en el DSM-III-R) o si deben clasificarse aparte (como en el ICD-10).

Clasificación de los trastornos de ansiedad

La ansiedad patológica puede manifestarse de tres formas diferentes: a) de una forma brusca y episódica, en forma de crisis (trastorno de pánico); b) de una forma persistente y continua, sin crisis (trastorno de ansiedad generalizada), y c) tras un estrés identificable (trastorno por estrés postraumático). En otros casos, puede ser experimentada cuando el sujeto intenta controlar los síntomas (trastornos fóbicos) o cuando se siente atrapado por ideas recurrentes y/o rituales (trastornos obsesivo-compulsivos) (Galletero y Guimón, 1989a).

La vertebración de cualquier sistema clasificatorio se fundamenta en criterios clínicos, etiológicos y de respuesta terapéutica. Una de las peculiaridades del DSM-III (APA, 1980) y del DSM-III-R (APA, 1987), respecto a los trastornos de ansiedad, es la desa-

parición del término «neurosis», que, acuñado por Cullen y utilizado posteriormente por Hecker y Freud, ha servido tradicionalmente de denominación a las alteraciones en las que predominaba la angustia. La pérdida de vigencia de este término está relacionada con las connotaciones negativas que posee, con sus implicaciones etiológicas de tipo psicodinámico (conflicto inconsciente conducente a la generación de síntomas por un empleo inadecuado de los mecanismos de defensa) y con su escasa especificidad como etiqueta diagnóstica (Tyrer, 1984).

Los trastornos de ansiedad aparecen clasificados de una forma más simple y operativa en el ICD-10. En esta nosología psiquiátrica, la clasificación de este tipo de trastornos remite a los «trastornos fóbicos», a «otros trastornos de ansiedad» y a las «reacciones al estrés intenso y trastornos de adaptación», así como al «trastorno de personalidad ansiosa (por evitación)» (tabla 1).

Los trastornos fóbicos se subdividen, a su vez, en «agorafobia», «fobias sociales» y «fobias específicas». Los otros trastornos de ansiedad engloban, por su parte, al «trastorno de pánico», a la «ansiedad generalizada» y al «trastorno mixto de ansiedad y depresión», este último de gran interés por referirse a un cuadro clínico que no se presenta de forma explícita por parte del paciente y que aparece de forma enmascarada en muchas consultas de medicina general. Por último, las reacciones al estrés intenso y los trastornos de adaptación incluyen la «reacción aguda al estrés», el «trastorno de estrés postraumático» y el «trastorno de adaptación».

La clasificación del DSM-III-R se diferencia de la del ICD-10 fundamentalmente en que no incluye el trastorno mixto de ansiedad y depresión, en que cataloga los trastornos obsesivos como una forma más de trastorno de ansiedad (sin una categoría específica) y en que el trastorno de pánico ocupa un papel preeminente, ya que, por ejemplo, los casos ataques de pánico y síntomas agorafóbicos son considerados como trastornos de pánico con agorafobia. Por otra parte, la subdivisión de los trastornos fóbicos es prácticamente la misma en el ICD-10 y el DSM-III-R, excepto por lo que se refiere a la denominación, en un caso, de «fobia específica» (ICD-10), y, en otro, de «fobia simple». El término «específica» es más descriptivo de la realidad clínica (reacción de ansiedad suscitada por estímulos concretos), pero no así el de «simple», que es un término denotativo de una sencillez en el tratamiento que no siempre se ajusta a la realidad clínica (cfr. Marks, 1969; Öst, 1989).

La fiabilidad de las categorías diagnósticas del DSM-III respecto a los trastornos de ansiedad es aceptable, con coeficientes kappa de 0,63 a 0,72. De todas las alteraciones de este grupo, el trastorno por ansiedad generalizada es el que presenta un menor coeficiente de fiabilidad, quizá porque queda como una categoría residual cuando los clínicos han descartado los otros trastornos (Galletero y Guimón, 1989b).

Se ha intentado mejorar la fiabilidad del DSM-III

TABLA 1
Clasificación de los trastornos de ansiedad en el DSM-III-R y en el ICD-10

ICD-10	DSM-III-R*
F40 Trastornos fóbicos	
F40.0 Agorafobia	300.21 Trastornos de pánico con agorafobia 300.22 Agorafobia sin historia de trastorno de pánico
F40.1 Fobia social	300.23 Fobia social
F40.2 Fobia específica	300.29 Fobia simple
F41 Otros trastornos de ansiedad	
F41.0 Trastorno de pánico	300.01 Trastorno de pánico sin agorafobia
F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada	300.02 Trastorno de ansiedad generalizada
F41.2 Trastorno mixto de ansiedad y depresión	
F42 Trastorno obsesivo-compulsivo	300.30 Trastorno obsesivo-compulsivo
F43 Reacciones al estrés intenso y trastornos de adaptación	
F43.0 Reacción de estrés aguda	
F43.1 Trastorno de estrés postraumático	300.89 Trastorno de estrés postraumático
F43.2 Trastorno de adaptación	309.24 Trastorno adaptativo con estado de ánimo ansioso
F60.6 Trastorno de personalidad ansiosa (por evitación)	301.82 Trastorno de personalidad por evitación

* El orden ha sido modificado para facilitar la comparación con el ICD-10.

con la elaboración de entrevistas estructuradas, orientadas al diagnóstico diferencial entre las diferentes categorías de los trastornos de ansiedad. Un ejemplo a este respecto es la entrevista estructurada ADIS («Anxiety Disorders Interview Schedule») (Di Nardo y O'Brien, 1983), construida con ítems desarrollados por los autores y otros adaptados del SADS, del PSE y de las escalas de ansiedad y depresión de Hamilton. El coeficiente kappa indica una buena fiabilidad para la agorafobia con ataques de pánico (0,853), el trastorno de pánico (0,592), la fobia social (0,771), pero no así para el trastorno de ansiedad generalizada (0,467) (Galletero y Guimón, 1989b).

El establecimiento de una distinción en el DSM-III-R y en el ICD-10 entre los trastornos fóbicos y los trastornos de ansiedad generalizada es útil y suscita un consenso general, porque el componente de evitación de los trastornos fóbicos requiere una forma especial de tratamiento (exposición). La controversia surge, sin embargo, por lo que se refiere al estatus nosológico de los ataques de pánico.

El estatus nosológico de los ataques de pánico

La controversia fundamental se presenta en torno a la categoría diagnóstica de los ataques espontáneos de pánico. No está claro si dichos ataques no res-

ponden más que a una forma particularmente intensa de ansiedad, que puede producirse en cualquier trastorno grave de ansiedad, o más bien pertenecen a un tipo cualitativamente distinto, de diferente etiología y epidemiología y con distinta respuesta terapéutica (tabla 2).

TABLA 2
Diferencias entre el trastorno de pánico y el trastorno de ansiedad generalizada (Ayuso, 1988, modificado)

Trastorno de pánico	Trastorno de ansiedad generalizada
Alta prevalencia familiar	No alta prevalencia
Transmisión genética	No transmisión genética
Antecedentes frecuentes de fobia escolar	No antecedentes de fobia escolar
Buena respuesta a los antidepresivos	Mala respuesta
Mala respuesta a las benzodiazepinas	Buena respuesta
Provocación de ataques con lactato sódico	No provocación
Alta prevalencia de depresión mayor	Menor prevalencia
Asociación frecuente con fobias	Menor frecuencia

A favor del carácter diferenciado de los ataques de pánico está la constatación de que casi un 20 por 100 de tales ataques se produzcan de noche, habitualmente entre la 1,5 y las 3,5 horas de la madrugada, arrancando al sujeto del sueño y no estando necesariamente relacionados con pesadillas o sueños intensos (Agras, 1989). No obstante, dilucidar si los ataques de pánico son espontáneos o inducidos no es sencillo porque la atribución de causalidad se lleva a cabo de forma retrospectiva y porque algunos ataques pueden ser provocados, si no por estímulos externos, sí por la representación mental de tales estímulos (Gelder, 1989; Marks, 1987a, 1987b).

El origen «biológico» (asociado a una vulnerabilidad genética, de aparición precoz y con antecedentes de ansiedad de separación, en forma incluso de fobia escolar, en la infancia) de los ataques de pánico, justificativo de la consideración del trastorno de pánico como una modalidad autónoma de trastorno de ansiedad, ha encontrado también cierto respaldo en las investigaciones sobre algunos marcadores biológicos (las infusiones de lactato sódico especialmente), sobre algunas manifestaciones clínicas asociadas (el prolapso de la válvula mitral) y sobre la respuesta terapéutica a los antidepresivos (Agras, 1989; Klein, 1981).

La inducción bioquímica de los ataques de pánico responde a una doble finalidad: contribuir al conocimiento de su mecanismo patofisiológico y utilizar la acción ansiógena como marcador biológico que permita identificar a los sujetos vulnerables que ofrecen un mayor riesgo de padecer el trastorno (Ayuso, 1988). Las infusiones de lactato sódico (no, sin embargo, las soluciones hipertónicas de glucosa, utilizadas para descartar el posible efecto placebo) provocan nuevas crisis en sujetos con ataques de pánico anteriores, pero no así en los sujetos normales o en pacientes con trastornos de ansiedad generalizada (Gorman, Fyer, Liebowitz y Klein, 1987). No obstante, en la revisión de Margraf, Ehlers y Roth (1985) la inducción del pánico en los pacientes vulnerables aparece en sólo un 56 por 100 de los casos y está relacionada con diversas variables, entre otras el nivel de ansiedad de la línea de base, las experiencias anteriormente vividas y la situación cognitivo-emocional del paciente (percepción de los cambios fisiológicos, estímulos ambientales, valoración de la situación como más o menos amenazante, etc.). La reactividad de los sujetos con trastorno de pánico parece diferir de la de los pacientes aquejados por otros cuadros clínicos (la depresión, por ejemplo) e incluso de la de los sujetos normales en aspectos cuantitativos más que cualitativos. De este modo, los ataques de pánico inducidos por el lactato sódico no constituyen un síndrome propiamente específico del trastorno de pánico, sino que pueden ser un reflejo de la tendencia general de los sujetos ansiosos a sobrerreaccionar ante ciertos estímulos psicofisiológicos inducidos de diversas formas (lactato sódico, isoproterenol, inhalación de CO₂, hiperventilación, etc.) (Marks, 1987a).

Por lo que se refiere al prolapso de la válvula mi-

tral, ciertos estudios han mostrado que la incidencia de esta afección cardíaca es mucho mayor en pacientes con trastorno de pánico (en torno al 40 por 100) que en la población normal (en torno al 10 por 100) (Gorman, Fyer, Flickich, King y Klein, 1981). Aunque se ha señalado el papel causal del prolapso de la válvula mitral en la ansiedad patológica, sin embargo la terapia ansiolítica bloquea el trastorno de pánico, pero no modifica el prolapso (Ayuso, 1988). De hecho, el prolapso de la válvula mitral no parece desempeñar un papel significativo en la etiología del trastorno de pánico (Mavissakalian, Salerni, Thompson y Michelson, 1983). Quizá ambos procesos —el pánico y el prolapso de la válvula mitral— sean, a su vez, reflejo de una enfermedad multisistémica de origen biológico (Agras, 1989), pero no hay hoy pruebas concluyentes de ello (Sevin, 1987).

Desde el ámbito de las conductas observadas, en el trastorno de pánico los grados patológicos de ansiedad generalizada habitualmente se hacen manifiestos tras el comienzo, pero no antes, de los ataques de pánico. Este hecho se opone a la tesis de que los ataques de pánico representan meramente una intensificación de la ansiedad generalizada previamente existente (Ayuso, 1988).

Desde la perspectiva de la respuesta terapéutica, y a favor de la especificidad biológica del trastorno de pánico, está el hecho de que un antidepresivo (la imipramina) puede bloquear los ataques de pánico espontáneos y también los inducidos por la infusión de lactato sódico (Gorman y cols., 1987), y que, sin embargo, los pacientes con ansiedad generalizada o con fobias específicas sin ataques de pánico no responden —o lo hacen de una forma muy pobre— a este psicofármaco (Zitrin, Klein, Woerner y Ross, 1983). No obstante, la especificidad terapéutica no es tal, ya que se pueden bloquear los ataques de pánico también con algunos ansiolíticos (el alprazolam) en dosis altas (Ballenger, Burrows y Dupont, 1988). Incluso estos ataques responden precozmente al tratamiento cognitivo (Clark, 1986; Clark, Salkovskis y Chalkley, 1985; Echeburúa, 1990; Gelder, 1988; Salkovskis, Jones y Clark, 1986) y al tratamiento de exposición en imaginación (Galletero, Guimón, Echeburúa y González de Rivera, 1989; Marks, 1983, 1987a), si bien en este último caso se requieren llevar a cabo aún más investigaciones controladas.

La polémica dista, en suma, de estar resuelta. El DSM-III-R y el ICD-10 resultan contradictorios por lo que se refiere a la ubicación de la agorafobia y de los ataques de pánico. El DSM-III-R presta más atención al pánico que a la evitación agorafóbica, justamente lo contrario del ICD-10, en donde la agorafobia y el trastorno de pánico constituyen categorías separadas. De este modo, en el ICD-10 se posibilita una distinción entre el pánico fóbico y el pánico espontáneo (no-fóbico), que resulta de interés en la descripción y el tratamiento del cuadro clínico. Así, el pánico fóbico está asociado con la evitación de los estímulos ansiógenos y responde satisfactoriamente al tratamiento de exposición. El pánico no-fóbico (el «trastorno de pánico» propiamente), por el

contrario, no presenta conductas de evitación ni responde específicamente al tratamiento de exposición (Marks, 1987b).

Si el interés de cualquier clasificación psicopatológica está en función de su utilidad en relación con la etiología y los procedimientos terapéuticos, la clasificación del ICD-10 de la agorafobia y de los ataques de pánico es mucho más precisa. Las insuficiencias del DSM-III-R se refieren a la sobrevaloración de los ataques de pánico, que se convierten en un eje clasificador de los trastornos de ansiedad, y a la subestimación como grupo de síntomas del síndrome agorafóbico (Marks, 1987b; Tyrer, 1986).

El establecimiento en el DSM-III-R de la categoría del «trastorno de pánico» como referente obligado de la agorafobia no está justificado en el estado actual de los conocimientos y presupone unas relaciones etiológicas no suficientemente esclarecidas. Es más, desde una perspectiva psicométrica, se han establecido diferencias significativas en las subescalas de sensibilidad interpersonal, de ansiedad y de ansiedad fóbica del SCL-90-R entre los agorafóbicos con ataques de pánico y los agorafóbicos sin ataques de pánico (Brown, Munjack y McDowell, 1989).

Al margen de los problemas etiológicos comentados anteriormente, los criterios descriptivos señalados en el DSM-III-R para distinguir un ataque de pánico de una ansiedad intensa son arbitrarios, así como los utilizados para ubicar tales ataques en la categoría más global de «trastorno de pánico» (tabla 3). Por ello, las bases para establecer los diagnósticos diferenciales de «trastorno de pánico» y de «trastorno de ansiedad generalizada» son hoy por hoy insatisfactorias (Gelder, 1989; Marks, 1987b).

Conclusiones

Las dos nosologías psiquiátricas de mayor vigencia en la actualidad se asemejan en considerar cualitativamente distintos el trastorno de pánico del trastorno de ansiedad generalizada. No obstante, el DSM-III-R ofrece unos criterios diagnósticos más precisos que el ICD-10, pero tal precisión se logra, como ocurre en el caso de los ataques de pánico, al precio de una mayor arbitrariedad (Gelder, 1989).

El interés mayor del ICD-10 respecto al DSM-III-R en relación con los trastornos de ansiedad deriva de una separación más clara de los trastornos obsesivos y de ansiedad (justificada por diferencias clínicas y de respuesta terapéutica entre ambas alteraciones psicopatológicas), de la inclusión de los trastornos mixtos de ansiedad y depresión y de la forma de catalogación del trastorno de pánico, que resulta descriptiva y pasa por alto las presunciones etiológicas que complican metodológicamente el DSM-III-R.

La resolución de los problemas clasificatorios aún irresueltos en los trastornos de ansiedad (p. ej., la separación cualitativa del trastorno de pánico del trastorno de ansiedad generalizada) puede venir en

TABLA 3

Criterios para el diagnóstico del ataque y trastorno de pánico en el DSM-III-R

Ataque de pánico

Un período concreto de ansiedad o miedo intenso que ha sido:

1. Inesperado, es decir, que no se ha presentado inmediatamente antes o durante la exposición a una situación que casi siempre causa ansiedad.
2. No provocado por situaciones en que el sujeto es el centro de atención de los demás.
3. Caracterizado por, al menos, cuatro de los síntomas siguientes:
 - a) Falta de aliento o sensación de ahogo.
 - b) Mareo, vértigo o sensación de inestabilidad.
 - c) Palpitaciones.
 - d) Sofocos.
 - e) Dolor o molestia en el pecho.
 - f) Sudoración.
 - g) Náuseas o molestias abdominales.
 - h) Despersonalización o desrealización.
 - i) Escalofríos.
 - j) Temblor o estremecimiento.
 - k) Hormigueo en manos y pies (parestesias).
 - l) Miedo a morir.
 - m) Miedo a volverse loco o a perder el control.

Trastorno de pánico

1. Cuatro ataques, según lo definido en los criterios 1.º y 2.º del apartado anterior, en un período de cuatro semanas, o bien uno o más ataques siempre que esté(n) seguido(s) de un mínimo de un mes de miedo persistente a sufrir otro.
2. Al menos uno de los ataques cumple el criterio 3.º del apartado anterior.
3. En alguno de estos ataques, cuatro síntomas, por lo menos, de los descritos en el criterio 3.º del apartado anterior se presentan súbitamente y aumentan de intensidad durante los diez minutos siguientes al comienzo del primer síntoma percibido en el ataque.
4. Hay una imposibilidad de establecer la responsabilidad de un factor orgánico en la aparición y mantenimiento de la alteración.

un futuro próximo por un refinamiento mayor de los criterios conductuales diferenciales y por un mayor desarrollo de los marcadores biológicos, que, si bien se hallan aún en un estudio prematuro, parecen prometedores, al menos por lo que se refiere a la delimitación del trastorno de pánico y del trastorno obsesivo-compulsivo (Massana, 1986; Tobeña, 1986).

Referencias

- Agras, S. (1989). *Pánico. Cómo superar los miedos, las fobias y la ansiedad*. Barcelona: Labor (original, 1985).

- Akiskal, H. S. (1985). Anxiety: definition, relationship to depression, and proposal for an integrative model. En A. H. Tuma y J. D. Maser (Eds.), *Anxiety and the anxiety disorders*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd. ed.). Washington: APA.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd. ed. rev.). Washington: APA.
- Ayuso, J. L. (1988). *Trastornos de angustia*. Barcelona: Martínez Roca.
- Ballenger, J. C., Burrows, G. D. y Dupont, R. L. (1988). Alprazolam in panic disorder and agoraphobia: I. Efficacy in short-term treatment. *Archives of General Psychiatry*, 45, 413-422.
- Brown, R., Munjack, D. y McDowell, D. (1989). Agoraphobia with and without current panic attacks. *Psychological Reports*, 64, 503-506.
- Clancy, J., Noyes, R., Noyes, P. R. y Slymen, D. J. (1978). Secondary depression in anxiety neurosis. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 166, 846-850.
- Clark, D. M. (1986). Cognitive Therapy for Anxiety. *Behavioural Psychotherapy*, 14, 283-294.
- Clark, D. M., Salkovskis, P. M. y Chalkley, A. J. (1985). Respiratory control as a treatment for panic attacks. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 16, 23-30.
- Crowe, R. R., Noyes, R., Pauls, D. L. y Slymen, D. J. (1983). A family study of panic disorder. *Archives of General Psychiatry*, 40, 1065-1069.
- Di Nardo, P. A. y O'Brien, T. (1983). Reliability of DSM-III anxiety disorders. Categories using a new structural interview. *Archives of General Psychiatry*, 40, 1070-1074.
- Echeburúa, E. (1990). La exposición y los enfoques cognitivos en el tratamiento de los trastornos de ansiedad según los criterios diagnósticos del DSM-III-R y del ICD-10. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 8, 1-15.
- Galletero, J. M. y Guimón, J. (1989a). Clínica de los trastornos de ansiedad. En J. Guimón y J. M. Galletero (Eds.), *Neurosis de angustia*. Madrid: Jarpyo Eds. (Monografías de Psiquiatría, n.º 4).
- Galletero, J. M. y Guimón, J. (1989b). Historia, concepto y clasificación de la ansiedad. En J. Guimón y J. M. Galletero (Eds.), *Neurosis de angustia*. Madrid: Jarpyo Eds. (Monografías de Psiquiatría, n.º 4).
- Galletero, J. M., Guimón, J., Echeburúa, E. y González de Rivera, J. L. (1989). Tratamiento de la ansiedad. En J. Guimón y J. M. Galletero (Eds.), *Neurosis de angustia*. Madrid: Jarpyo Eds. (Monografías de Psiquiatría, n.º 4).
- Gelder, M. G. (1988). Non-pharmacological treatment for anxiety disorders. En M. Lader (Ed.), *Bupropion. A new introduction in the treatment of anxiety*. London: Royal Society of Medicine Services.
- Gelder, M. G. (1989). Clasificación de los trastornos de ansiedad. En J. Guimón, J. E. Mezzich y G. E. Berrios (Eds.), *Diagnóstico en Psiquiatría*. Barcelona: Salvat.
- Goldberg, D. y Huxley, P. (1980). *Mental illness in the Community*. London: Tavistock.
- Gorman, J. M., Fyer, M. R., Flickich, J., King, D. L. y Klein, D. F. (1981). Mitral valve prolapse and panic disorders: effects of imipramine. En D. F. Klein y J. G. Rabkin (Eds.), *Anxiety: New research and changing concepts*. New York: Raven Press.
- Gorman, J. M., Fyer, M. R., Liebowitz, M. R. y Klein, D. F. (1987). Pharmacological Provocation of Panic Attacks. En H. Y. Meltzer (Ed.), *Psychopharmacology: The Third Generation of Progress*. New York: Raven Press.
- Kerr, T. A., Roth, M. y Shapira, K. (1974). Prediction of outcome in anxiety states and depressive illness. *British Journal of Psychiatry*, 124, 125-131.
- Klein, D. F. (1981). Anxiety reconceptualized. En D. F. Klein y J. G. Rabkin (Eds.), *Anxiety: New research and changing concepts*. New York: Raven Press.
- Margraf, J., Ehlers, A. y Roth, W. T. (1985). Lactate panic provocation in panic patients and controls: Reactivity vs. baseline differences? *Psychosomatic Medicine*, 47, 88-89.
- Marks, I. M. (1969). *Fears and Phobias*. London: Heinemann.
- Marks, I. M. (1983). Are there anticomulsive or antiphobic drugs? Review of the evidence. *British Journal of Psychiatry*, 143, 338-347.
- Marks, I. M. (1987a). *Fears, Phobias, and Rituals*. New York: Oxford University Press.
- Marks, I. M. (1987b). Agoraphobia, panic disorder and related conditions in the DSM-III-R and ICD-10. *Journal of Psychopharmacology*, 1, 6-12.
- Massana, J. (1986). Ataques de pánico: ¿un trastorno de ansiedad diferenciado? En A. Tobeña (Ed.), *Trastornos de ansiedad. Orígenes y tratamiento*. Barcelona: Alameda.
- Mavissakalian, M., Salerni, R., Thompson, M. E. y Michelson, L. (1983). Mitral valve prolapse and agoraphobia. *American Journal of Psychiatry*, 140, 1612-1614.
- Öst, L. G. (1989). One-Session Treatment for Specific Phobias. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 1-7.
- Rickels, K., Downing, R. W. y Stein, M. (1979). The differentiation between neurotic depression and anxiety and drug treatment. En B. Saletu, P. Berner y L. Hollister (Eds.), *Neuropharmacology*. Oxford: Pergamon.
- Rosenberg, C. (1967). Familial aspects of obsessional neurosis. *British Journal of Psychiatry*, 124, 125-131.
- Roth, M. y Mountjoy, C. A. (1982). The distinction between anxiety states and depressive disorders. En E. S. Paykel (Ed.), *Handbook of affective disorders*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Salkovskis, P. M., Jones, D. R. y Clark, D. M. (1986). Respiratory control in the treatment of panic attacks: Replication and extension with concurrent measurement of behavior and pCO₂. *British Journal of Psychiatry*, 148, 526-534.
- Sevin, B. H. (1987). Mitral valve prolapse: panic states and anxiety. *Psychiatric Clinics of North America*, 10, 141-150.
- Sheehan, D. V., Claycomb, J. B. y Surman, O. S. (1983). Panic attacks and the dexamethasone suppression test. *American Journal of Psychiatry*, 140, 1063-1064.
- Tobeña, A. (1986). Predictores biológicos en trastornos de ansiedad. En A. Tobeña (Ed.), *Trastornos de ansiedad. Orígenes y tratamiento*. Barcelona: Alameda.
- Torgerson, S. (1983). Genetic factors in anxiety disorders. *Archives of General Psychiatry*, 40, 1084-1089.
- Tyrer, P. (1984). Classification of anxiety. *British Journal of Psychiatry*, 144, 78-83.
- Tyrer, P. (1986). Classification of anxiety disorders. *Journal of Affective Disorders*, 11, 99-104.
- Tyrer, P. (1989). *Classification of Neurosis*. Chichester: John Wiley Sons Ltd.
- Zitrin, C. M., Klein, D. F., Woerner, M. G. y Ross, D. C. (1983). Treatment of phobias: I. Comparison of imipramine hydrochloride and placebo. *Archives of General Psychiatry*, 40, 124-139.