

TRATAMIENTO CONDUCTUAL DE UN CASO DE AGORAFOBIA CON ATAQUES DE PANICO

R. Ferro García (1)

A. Fernandez Parra (2)

M. C. Vives Montero (1)

RESUMEN

En este trabajo se comprobó la efectividad de distintas técnicas conductuales para el tratamiento de un caso de agorafobia con ataques de pánico. El sujeto, un varón de 28 años de edad, universitario, presentaba continuos ataques de pánico en aquellas ocasiones en que salía de casa, evitando este tipo de situaciones. Se usaron cuatro técnicas: entrenamiento en control de la respiración, paro de pensamiento, entrenamiento en relajación, y exposición. Como consecuencia de este tratamiento se eliminaron los ataques de pánico al mismo tiempo que se reducían sus niveles de ansiedad y las respuestas de evitación de las situaciones fóbicas. Estos resultados se mantenían durante los períodos de seguimiento.

Palabras clave: *Agorafobia, ataques de pánico, control respiratorio, paro de pensamiento.*

(1) Centro de Psicología Clínica - C.E.D.I.

(2) Universidad de Granada.

SUMMARY

In this study we investigated the effectiveness of several behavioral techniques to treat a patient with agoraphobia accompanied by panic attacks. The subject, a 28-years-old male, university student, suffered continuous panic attacks when he went outside his home, and therefore avoided all such situations. We used four techniques: training in breathing control, thought stopping, training in relaxation and exposure. Treatment was successful in eliminating the panic attacks and in reducing the subject's level of anxiety and avoidance responses to phobic situations. The results were maintained throughout the follow-up period.

Key words: *Agoraphobia, panic attacks, exposure, relaxation, breathing control, thought stopping.*

INTRODUCCION

La agorafobia es un tipo de fobia caracterizada por el miedo que siente el individuo a encontrarse en lugares públicos o abiertos (fuera del hogar, o en situaciones de las que sea difícil escapar u obtener ayuda), y la evitación desadaptativa de estas situaciones (*American Psychiatric Association*, 1987; Chambles, 1985; Taylor y Arnou, 1988; Tearnan y Telch, 1984.) Tal y como señalan algunos autores este es el subtipo de fobia más incapacitante puesto que el individuo que la presenta evita una gran cantidad de situaciones necesarias para desarrollar una vida normal, lo que restringe enormemente las actividades que puede realizar (Brehony y Geller, 1981; Thyer, Tomlin, Curtis, Cameron y Nesse, 1985). Los sujetos que presentan agorafobia suponen sólo un tercio del total de sujetos fóbicos (Agras, Sylvester, y Oliveau, 1969; Robins, Helzer, y Weissman, 1984; Uhlenhuth y Balter, 1983). Sin embargo, los sujetos agorafóbicos representan más de la mitad de los sujetos fóbicos que buscan tratamiento por su problema (Agras y cols., 1969; Marks, 1970). Además, es el trastorno de ansiedad más frecuentemente consultado y tratado (Marks y Herst, 1970).

En muchos casos el comportamiento agorafóbico comienza a emitirse después de que el sujeto haya sufrido ataques de pánico, también llamados "crisis de angustia" (Taylor y Arnou, 1988). Esta relación entre agorafobia y ataques de pánico ha llevado a que la *American Psychiatric Association* (1987) en su manual de diagnóstico (DSM-III-R) considere dos subtipos de agorafobias, según se produzcan o no ataques de pánico. Según Chambless (1985) los ataques de pánico serían estímulos incondicionados altamente nocivos (aversivos) que harían que los

lugares, situaciones, y pensamientos asociados con ellos lleguen a provocar rápidamente ansiedad (ver también Agras, 1985). En cualquier caso, sea como consecuencia de experiencias en las que se producen ataques de pánico o de otros tipos de experiencias desagradables; de acuerdo con los informes de sujetos agorafóbicos recogidos por Ost y Hugdahl (1983), en el 81.3 % de los casos la agorafobia comienza después de que el sujeto haya sufrido experiencias traumáticas, entre las que obviamente tienen cabida los ataques de pánico.

El tratamiento de los trastornos agorafóbicos ha sido abordado, desde una perspectiva conductual, por medio de diversas técnicas que han resultado útiles con otros trastornos de ansiedad. La más tradicional de ellas, la *desensibilización sistemática*, no ha probado tener una gran efectividad ni en cuanto a los resultados obtenidos ni en cuanto al número de sesiones necesarias para conseguir algún efecto (Chambless, 1985; Goldstein y Chambless, 1978; Emmelkamp, 1979, 1985; Mathews, Gelder, y Jonhston, 1985). Por el contrario, las técnicas basadas en la exposición del paciente a las situaciones agorafóbicas, y en la práctica de conductas de aproximación a estas situaciones, han obtenido generalmente buenos resultados (Chambless, 1985). Por otra parte, el tratamiento conductual de los ataques de pánico ha resultado efectivo en aquellos casos en que se ha entrenado al sujeto para que respire diafragmáticamente y con lentitud (ver: Chambless, 1985; Martínez Taboas, 1989). La efectividad del entrenamiento del paciente en respiración, para controlar los ataques de pánico, concuerda con los datos que relacionan dichos ataques con la hiperventilación. La vinculación entre los ataques de pánico y la hiperventilación ha sido detectada en gran número de ocasiones por clínicos e investigadores (ver: Ley, 1985a, 1987; Martínez Taboas, 1989; Rapee, 1986), e incluso se ha encontrado que dicho patrón respiratorio precede a la ansiedad y miedo propias del ataque de pánico (Ley, 1985b).

En este trabajo se expone el tratamiento conductual de un sujeto que presentaba problemas de agorafobia con ataques de pánico, por medio del empleo combinado de técnicas de exposición, y técnicas de control de la ansiedad y de la respiración.

METODO

Sujeto y desarrollo del problema

A. era un varón de 28 años de edad, universitario, que durante el curso vivía en una localidad distinta a aquella en la que residía su familia, por motivos académicos. En el momento de acudir a tratamiento estaba en paro. Vino a consulta porque presentaba altos niveles de "ansiedad" y "ataques de pánico", que le impedían salir

a la calle y llevar una vida normal. En el momento de iniciarse el tratamiento llevaba tres años con el problema. Los exámenes médicos no encontraron ninguna alteración con base orgánica.

Al comienzo del problema únicamente presentaba altos niveles de ansiedad, que se agudizaron cuando comenzó a relacionarse con una mujer "que no le dejaba hablar, ni opinar". Por esta causa fue al médico, quien le recetó tranquilizantes (*tranxilium 10*). A partir de esta experiencia comenzó a generarle angustia cualquier relación con otras mujeres. Poco tiempo después, en un periodo de vacaciones que pasaba con su familia, murió su hermano de un infarto, siendo él quien encontró el cadáver en el campo. A partir de este momento comenzó a sentir miedo a "morir de la misma forma" y a tener pensamientos sobre la posibilidad de sufrir un infarto. Un día, durante el curso, andando por la calle observó que tenía las manos rojas, se angustió y se produjo el primer ataque de pánico. Ese mismo día volvió a tener otro ataque de pánico durante la comida, que causó una gran preocupación a sus compañeros. Dejó inmediatamente de comer, salió a la calle, paró un coche y pidió que le llevaran a un servicio médico de urgencias donde le indicaron que tenía problemas de ansiedad. A partir de ese momento se repitieron los ataques de pánico con una frecuencia elevada, hasta llegar a producirse cada vez que salía de su casa. Como consecuencia de esto evitaba salir de su casa en todas las ocasiones posibles, haciéndolo únicamente cuando le resultaba imprescindible (comprar alimentos, ir a la oficina de empleo, desplazamientos esporádicos a la facultad, visitas al médico y a la farmacia). En algunas de estas salidas se veía obligado a volver a su casa sin haber realizado su objetivo.

Evaluación

En la primera sesión se realizó una evaluación para analizar los componentes de sus ataques de pánico. Para ello se utilizaron versiones traducidas de la *Escala de Evitación y Angustia Social de Watson y Friend* (1969), del *Cuestionario de Reforzadores (Adultos)* de Cautela y Katenbaum (1967), y una *Escala de Ansiedad* elaborada por los autores como complemento a los cuestionarios anteriores.

Los ataques de pánico se caracterizaban por la presencia de los siguientes componentes: (1) inmovilidad física; (2) incremento en la tasa cardíaca; (3) "ahogo", dificultad respiratoria; (4) tensión en el pecho y hombros; (5) mareos (en algunas ocasiones); (6) trastornos gástricos (dolor, molestia en el estómago); y (7) pensamientos sobre la posibilidad de desmayarse o tener un ataque cardíaco.

Se observó una frecuencia muy alta de pensamientos negativos relacionados

con los ataques ("Me va a dar un infarto", "Me dará un ataque", etc). También mostraba verbalizaciones negativas de este orden. Cuando se encontraba peor, las conversaciones con sus compañeros versaban sobre su problema. Afirmaba frecuentemente que estaba deprimido, "en crisis", etc... También solía comprobar su salud, tocándose el corazón o midiéndose el pulso.

Cuando llegó a la consulta, tales respuestas estaban muy generalizadas, aparecían ataques o se incrementaba la ansiedad cuando salía a la calle, estaba con mujeres, hacía gimnasia, conducía el coche y cuando estaba en su casa pensando que debía salir. Solía *evitar* todas estas situaciones o comportamientos que le podían producir un ataque de pánico. Salía a la calle únicamente cuando le era imprescindible. En estos casos, cuando se elevaba su nivel de ansiedad escapaba de estas situaciones de alguna forma. Cada vez que salía a la calle, se producía un ataque de pánico, llamaba a un taxi o paraba un coche para que lo llevara a un servicio médico de urgencias, donde le administraban algún tranquilizante. Solía tomar 1 pastilla de *Tranxilium 10* cada vez que le daba una de las "crisis". La frecuencia media era 1 pastilla al día, 3 o 4 días a la semana.

En la evaluación realizada en la primera sesión, indicó que había aprendido por su cuenta a relajarse a través de un libro, una traducción de Jacobson (1938), pero no le había servido para mejorar su situación. Se evaluó, en consecuencia, su repertorio de relajación, observándose que seguía realizando los ejercicios de tensión de todos los grupos musculares para conseguir la relajación, sin que fuera capaz de relajarse directamente. Cuando acababa los ejercicios de tensión-relajación contraía los músculos faciales, en su esfuerzo por relajarse, y se daba instrucciones encaminadas -según él- a conseguir una relajación, más profunda. Todo esto, en realidad, le impedía conseguir unos niveles de relajación adecuados.

El comportamiento mostrado por el sujeto correspondía al trastorno denominado, por el DSM-III-R (*American Psychiatric Association*, 1987), como *Trastorno por Angustia con Agorafobia*, anteriormente llamado agorafobia con crisis de angustia (ataques de pánico).

Objetivos

Los objetivos terapéuticos fueron los siguientes:

- (1) Eliminación de los "ataques de pánico" y reducción de los niveles de ansiedad;
- (2) Eliminación de las respuestas desadaptativas de escape y evitación de las situaciones fóbicas, y exposición a estas situaciones.

Estos objetivos tenían que cubrirse en un período de tres semanas dado que el paciente debía presentarse para realizar el servicio militar.

Procedimiento

El tratamiento se llevó a cabo en dos sesiones semanales durante las tres semanas disponibles. Posteriormente se realizó un seguimiento para asegurar que se seguían manteniendo los resultados del tratamiento, y ofrecer ayuda en caso necesario. El seguimiento se realizó telefónicamente a la semana, a los quince días de la anterior llamada, y al mes de esta última. A los seis meses de realizarse la última llamada telefónica se contactó por carta con el sujeto. Por tanto, el seguimiento abarcó un periodo de siete meses y tres semanas.

Las técnicas utilizadas fueron las siguientes:

1.- *Entrenamiento en el Control de la Respiración*. Se entrenó al sujeto para que respirara 10 veces lentamente mientras permanecía sentado con los hombros caídos y las manos sobre los muslos. Esto debía de realizarlo cuando tuviera un ataque de pánico o sintiera un nivel alto de ansiedad.

2.- *Paro de Pensamiento*. Se utilizó un procedimiento ampliado de la técnica expuesta por Rimm y Mater (1974), en la que se incluyó un nuevo componente. Así, además de instruir al sujeto para que evocara aquellos pensamientos que le generaban ansiedad, y los interrumpiera diciendo "¡NO!", de forma encubierta, al mismo tiempo que apretaba los dientes y puños, se le pedía que realizara o describiera una actividad incompatible con la situación ansiógena, que previamente se había acordado.

3.- *Entrenamiento en Relajación*. Se usó el procedimiento básico propuesto por Berstein y Borkovec (1973). Como el sujeto conocía los ejercicios de tensión-distensión, desde la primera sesión de relajación se fue desvaneciendo el uso de tales ejercicios. Al final de cada sesión se instruía al sujeto para que evocara algún pensamiento que le ayudara a mantener un nivel de relajación profunda. Se usaron imágenes de una playa (según el sujeto le era muy reforzante) y el movimiento de las olas como ayuda para mantener la respiración de forma adecuada, y se le decía: "cuando las olas se acerquen tomas el aire y cuando se alejen lo expulsas, fíjate como cada vez las olas van más lentas". Cuando el nivel de relajación, mientras permanecía tumbado, fue adecuado (Cuarta Sesión), se entrenó la relajación estando de pie y sentado. Una vez que había conseguido relajarse se daba una palmada por sorpresa, y se le pedía que volviese a relajarse sin tensión. De esta forma en una misma sesión se podían realizar repetidos ensayos de relajación, incrementando la habilidad del sujeto para relajarse en situaciones de ansiedad. Después de cada sesión se evaluaba qué nivel de relajación había obtenido el sujeto.

4.- *Exposición*. Se programó la exposición a situaciones paulatinamente más conflictivas, comenzando por aquellas que implicaban que el sujeto recorriera un trayecto corto, y pasando después a otros cada vez más largos, empleando por tanto más tiempo, y pasando posteriormente a otras situaciones más aversivas tales como visitar amigas o pasear por el campo.

Las *sesiones* en las que se llevó a cabo el tratamiento se describen a continuación.

Primera Sesión.

Se llevó a cabo el análisis del problema y evaluación descritas con anterioridad. Además, se pidió al sujeto que llevara a cabo un autorregistro hasta la siguiente sesión en el que anotara las circunstancias en las que se producían los ataques de pánico y los pensamientos asociados con estas situaciones.

Segunda Sesión.

En esta sesión se realizó el Entrenamiento en el Control de la Respiración, se comenzó el Entrenamiento en Relajación, y se realizaron ocho ensayos de Paro de Pensamiento. Los cuatro primeros ensayos se realizaron bajo control de instrucciones que se fueron desvaneciendo paulatinamente. Los otros cuatro ensayos los realizó el sujeto sin ayudas.

Dado que el sujeto informó que a partir de la realización del autorregistro se habían incrementado los pensamientos negativos y ataques, se dejó de usar este sistema de evaluación. Se le indicó que realizara las tareas que a continuación se especifican hasta la siguiente sesión:

- a.- relajarse dos veces al día, sin usar ejercicios de tensión-distensión;
- b.- respirar profundamente cada vez que estuviera ansioso;
- c.- realizar listas de actividades incompatibles en la casa y en la calle.

Tercera Sesión.

Al comienzo de esta sesión, y de las siguientes, se le preguntaba al sujeto qué problemas tenía para relajarse en casa y se centraba el entrenamiento en el grupo muscular con el que tuviera dificultades, realizando tres ensayos de tensión-distensión.

Después se realizaron 8 ensayos conductuales en los que se pedía al sujeto que aplicara las habilidades adquiridas en la sesión anterior (respiración, relajación y paro de pensamiento). Cada ensayo comenzaba pidiéndole al sujeto que pensara en una situación que le generara ansiedad y en la que era probable que tuviera un ataque. Seguidamente debía parar el pensamiento, respirar, relajarse, y finalmente describir y/o pensar una actividad incompatible que fuera funcional en esa situación.

A partir de las listas realizadas desde la sesión anterior, se seleccionaron las actividades incompatibles que podía realizar en la calle sin que resultaran anormales o extrañas, en aquellas situaciones en las que normalmente se producían los ataques de pánico. Entre estas actividades estaban: mirar escaparates, contar ventanas, fijarse en los coches, sumar los números de las matrículas, leer el periódico. Como actividades incompatibles en casa el sujeto seleccionó las siguientes: ver la televisión, oír música y cintas de humor, y hablar con los compañeros de temas ajenos al problema.

Como tarea entre sesiones se pidió que siguiera relajándose dos veces al día.

Además a partir de esta sesión debía exponerse a situaciones que le generaran ansiedad y de las que escapaba o evitaba normalmente. Se decidió que se expusiera a situaciones cada vez más ansiógenas de forma gradual. La dificultad de las tareas se determinó en función de la distancia o espacio entre su casa y el lugar al que se dirigiera, y también con el tiempo que permaneciera en la calle. Es decir, a más distancia y más tiempo más probabilidad había que le diera un ataque de pánico o se incrementara la ansiedad, por lo que aumentaba la dificultad de la tarea.

En esta sesión se marcó como objetivo que fuera a un supermercado cercano a su casa y que comprara algo que necesitara. Tenía que ir por lo menos dos veces a ese sitio al día hasta la siguiente sesión.

Cuarta Sesión.

Después de realizar los ensayos conductuales como en la sesión anterior, se seleccionaron y analizaron nuevas actividades incompatibles para las situaciones que eran conflictivas. Una de las actividades incompatibles que se seleccionaron en la sesión anterior, leer el periódico en la calle, llegó a convertirse en un ritual para el sujeto, de forma que nunca salía a la calle sin periódico, y era la única actividad incompatible que realizaba. Para evitar que llegara a ser dependiente de esta actividad, se le dieron instrucciones para que usara las restantes actividades y que hasta la siguiente sesión dejara de utilizar el periódico.

Se marcó como objetivo que cada día, hasta la siguiente sesión, recorriera una distancia de 1 Km. desde su casa, aprovechando para visitar algún amigo o realizar alguna tarea que le fuera necesaria.

Quinta Sesión.

Se volvieron a realizar ensayos conductuales, en algunos de los cuales se le pidió que imaginara que visitaba a una amiga, actividad que anteriormente le produjo ansiedad y ataques de pánico.

Se le indicó, como objetivo hasta la siguiente sesión, que al menos una vez al día fuera a pasear a un sitio nuevo a mayor distancia de su casa que en anteriores ocasiones. Con el objetivo de ir programando la generalización se le exigió que realizase una lista de actividades incompatibles para realizar en casa de sus padres.

Sexta Sesión.

Puesto que esta sesión era la última que se podía realizar, se dedicó a realizar ensayos conductuales en los que se le pidió que imaginara que se encontraba en casa de sus padres, paseando solo en el campo, y visitando a una amiga.

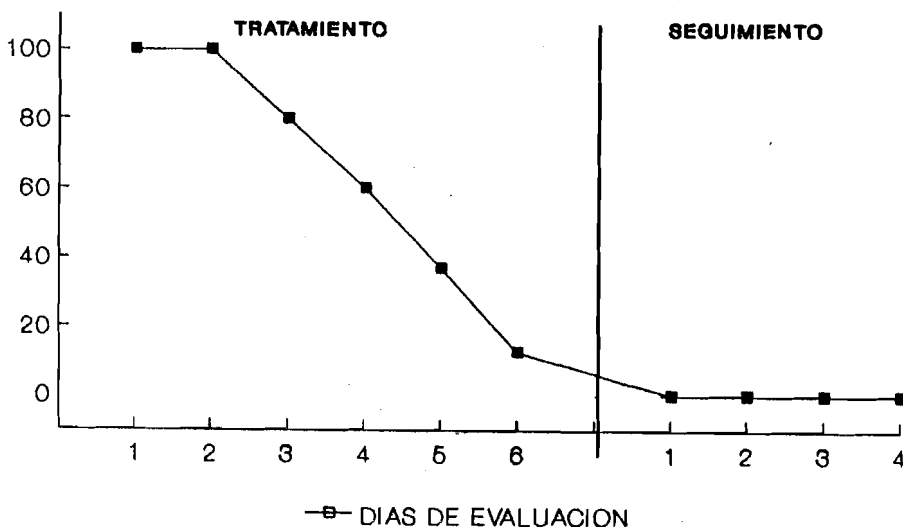
Se le pidió al sujeto que ese mismo día tenía que ir a visitar a una amiga, y comunicarlo posteriormente por teléfono. Además se le señaló que durante la visita que iba a realizar la semana siguiente a sus padres debía salir a pasear solo por el campo, así como que realizara cada día ejercicios de respiración profunda y relajación. Se le pidió que transcurrida una semana se comunicara con el terapeuta por teléfono, y que continuara llamando a los quince días y al mes.

RESULTADOS

A lo largo de la intervención se recogieron datos sobre los ataques de pánico que se producían entre sesiones y el cumplimiento de los objetivos terapéuticos.

En cada sesión se determinaba el porcentaje de salidas en las que se había producido un ataque de pánico (Figura 1). Previamente a la intervención el sujeto informó que los ataques ocurrían en el 100% de los casos, por lo que en la primera sesión el porcentaje fue de 100. A partir de la tercera sesión comenzó a disminuir la frecuencia de ataques. En la última sesión informó que sólo se había producido un ataque en las 8 ocasiones que salió a la calle. A la vez que la frecuencia disminuía también se producían modificaciones en otros parámetros (de acuerdo con las apreciaciones del sujeto), como la intensidad y la duración de los ataques de pánico, que se redujeron. Durante el seguimiento, no se produjo ningún ataque a pesar de que el sujeto incrementó la frecuencia de salidas a la calle. En la Figura 1 los días de seguimiento anotados como 1, 2, 3, y 4, hacen referencia al seguimiento realizado a la semana, a los 15 días, al mes y a los 6 meses, respectivamente.

FIGURA 1. PORCENTAJE DE ATAQUES DE PANICO



La gráfica presenta el porcentaje de ataques de pánico entre las sesiones de tratamiento y durante el seguimiento.

A partir de la *tercera sesión* se marcaron objetivos en los que se indicaba al sujeto que se expusiera a las situaciones fóbicas. En todos los casos el sujeto cubrió los objetivos propuestos satisfactoriamente. Igual sucedió en las tareas propuestas para el seguimiento.

CONCLUSIONES

La intervención conductual realizada en este caso permitió que se alcanzaran los objetivos terapéuticos propuestos. Se eliminaron completamente los ataques de pánico que presentaba el sujeto, reduciendo sus niveles de ansiedad, así como las respuestas desadaptativas de escape y evitación de las situaciones fóbicas. Una vez finalizada la intervención el sujeto se exponía sin problemas a situaciones que antes había evitado, como salir a la calle, pasear por el campo, visitar a sus amigas, etc. Por tanto el sujeto pudo realizar a partir de este momento una vida normal, cumpliendo el servicio militar sin dificultades.

Los objetivos terapéuticos se consiguieron en un número reducido de sesiones. Posiblemente la alta motivación del sujeto así como el hecho de que tuviera conocimientos previos de relajación, agilizaron la intervención. Debe tenerse en cuenta que el sujeto debía realizar el servicio militar por lo que se encontraría en una situación fuera de su control, donde los ataques de pánico podían agravarse, y le sería imposible evitar las situaciones fóbicas. Por otra parte, tal y como señalamos anteriormente, el sujeto había aprendido a relajarse siguiendo el método de Jacobson (1938), aunque la evaluación realizada demostró que no había conseguido superar los ejercicios de tensión. De esta manera, el sujeto presentaba parte de las habilidades necesarias para conseguir la relajación, acortando el entrenamiento.

El uso combinado de las técnicas descritas en el procedimiento, resultó efectivo. Las tres primeras técnicas, entrenamiento en el control de la respiración, paro de pensamiento, y entrenamiento en relajación, posibilitaron que el sujeto se enfrentara a las situaciones temidas con las habilidades suficientes. El control respiratorio aprendido por el sujeto, facilitó el entrenamiento en relajación, con lo cual el sujeto adquirió dos habilidades especialmente relevantes para enfrentarse a los ataques de pánico y situaciones de ansiedad. Por otra parte, el sujeto aprendió a romper las cadenas de pensamiento que desembocaban en ansiedad y ataques de pánico, a través de la técnica de paro de pensamiento. Disponer de estas habilidades posibilitó que el sujeto siguiera las instrucciones relativas a la exposición, y cumpliera adecuadamente, desde el principio, las tareas asignadas.

Los resultados obtenidos en este caso confirman la efectividad de las técnicas conductuales en el tratamiento de los trastornos agorafóbicos con ataques de pánico, especialmente cuando la intervención va dirigida a controlar la ansiedad del sujeto, su respiración, y supone la exposición a las situaciones fóbicas.

BIBLIOGRAFIA

- AGRAS, S; SYLVESTER, D. ; y OLIVEAU, D.C. (1989): The epidemiology of common fears and phobias. **Comprehensive Psychiatry**, 10, 151-156.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1987): **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. Tercera Ed. Revisada. Washington: A.P.A.
- BERNSTEIN, D.A. y BORKOVEC, T.D. (1973): **Progressive Relaxation Training**. Champaign: Research Press. (Traducción castellana: Editorial Desclee De Brouwer. Bilbao. 1983).
- BREHONY, K.A. y GELLER, E.S. (1981): Agoraphobia: Apraisal of research and proposal for an integrative model. En M. Hersen, R.M. Eisler, y P.M. Miller (Eds.) **Progress in Behavior Modification**, Vol. 12. (Págs. 1-66). Nueva York: Academic Press.
- CAUTELA, J. y KATENBAUM, R. (1967): A reinforcement survery schedule for use in therapy, training, and research. **Psychological Reports**, 20, 1115-1130.
- CHAMBLESS, D. (1985): Agoraphobia. E n M. Hersen y A.S. Bellack (Eds.) **Handbook of Clinical Behavior Therapy with adults**. (Págs. 49-87). Nueva York: Plenum Press.
- EMMELKAMP, P.M.G. (1979): The behavioral study of clinical phobias. En M. Hersen, R.M. Eisler, y P.M. Miller (Eds.) **Progress in Behavior Modification**, Vol. 8. (Págs. 55-125). Nueva York: Academic Press.
- EMMELKAMP, P.M.G. (1985): Anxiety and fear. En A.S. Bellack, M. Hersen, y A.E. Kazdin (Eds.) **International Handbook of Behavior Modification and Therapy**. (Págs. 125-171).
- GOLDSTEIN, A.J. y CHAMBLESS, D.L. (1978): A reanalysis of agoraphobia. **Behavior Therapy**, 9, 47-59.
- JACOBSON, E. (1938): **Progressive Relaxation**. Chicago: University of Chicago Press.
- LEY, R. (1985a): Blood, breath, and fears: A hyperventilation theory of panic attacks and agoraphobia. **Clinical Psychology Review**, 5, 271-285.
- LEY, R. (1985b): Agoraphobia, the panic attack and the hyperventilation syndrome. **Behavior Research and Therapy**, 23, 79-81.
- LEY, R. (1987): Panic disorder and agoraphobia: Fear of fear or fear of the symtoms produced by hyperventilation. **Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry**, 18, 305-316.
- MARKS, I. (1970): The origin of phobic states. **American Journal of Psychotherapy**, 24, 652-676.
- MARKS, I. y HERST, E.R. (1970): A survey of 1200 agoraphobics in Britain. **Social Psychiatry**, 5, 16-24.
- MARTINEZ TABOAS, A. (1989): Desorden de pániço: conceptualización y

- tratamiento psicológico. *Revista Latinoamericana de Psicología*, **21**, 137-163.
- MATHEWS, A.M.; GELDER, M.G. y JOHNSTON, D.W. (1981): *Agoraphobia. Nature and Treatment*. Nueva York: Guilford Press. (Traducción castellana: Martínez Roca, Barcelona, 1985).
- RAPEE, R. (1986): Differential response hyperventilation in panic disorder and generalized anxiety disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, **95**, 24-28.
- RIMM, D.C. y MASTERS (1974): *Behavior Therapy: Techniques and Empirical Findings*. New York, Academic Press, Inc. (Traducción castellana: Ed. Trillas, México, 1980).
- ROBINS, L.N.; HELZER, J.E. y WEISSMAN, M.M. (1984): Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Archives of General Psychiatry*, **41**, 949-958.
- TAYLOR, C.B. y ARNOW, B. (1988): *The nature and treatment of anxiety disorders*. Nueva York: The Free Press.
- TEARNAN, B.H. y TELCH, M.J. (1984): Phobic disorders. En H.E. Adams y P.B. Sutker (Eds.) *Comprehensive Handbook of Psychopathology*. (Págs. 163-199) Nueva York: Plenum Press.
- THYER, B.A.; TOMLIN, P.; CURTIS, G.C.; CAMERON, O.G. y NESSE, R. (1985): Diagnostic and gender differences in the expressed fears of anxious patients. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, **16**, 111-115.
- UNLENHUTH, E.H. y BALTER, M.B. (1983): Symptom checklist syndromes in the general population. *Archives of General Psychiatry*, **41**, 167-173.
- WATSON, D. y FRIEND, R. (1969): Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **33**, 448-451.