

# *Tratamiento cognitivo-conductual de una paciente con agorafobia y trastorno de pánico*

*Ángel G. LÓPEZ PÉREZ-DÍAZ*  
*Servicio Andaluz de Salud. Sevilla*

## *Resumen*

La agorafobia es un trastorno mental que se caracteriza por el temor a los lugares abiertos y a otros espacios relacionados, tales como las multitudes o situaciones en las que puede ser difícil escapar hacia un lugar seguro. El trastorno de pánico se caracteriza, en principio, por la presencia de crisis recurrentes de ansiedad grave no limitadas a ninguna situación particular. En el presente trabajo se presenta el caso de una mujer de 39 años diagnosticada de agorafobia con trastorno de pánico, que acude mensualmente a una sesión de terapia de 1 hora de duración. Se aplicó un tratamiento multicomponente de carácter cognitivo-conductual. Las técnicas empleadas fueron la psicoeducación de las respuestas de ansiedad, la re-estructuración cognitiva de sus pensamientos disfuncionales y la exposición gradual en vivo con prevención de respuesta. Se muestran los principales hallazgos conseguidos según los informes subjetivos de la paciente.

*Palabras clave:* agorafobia, pánico, exposición en vivo, prevención de respuesta.

## *Abstract*

Agoraphobia is a mental health problem which is characterized by the fear to several situations such as crowded places or situations in which people think it is difficult to leave in case of danger. Panic disorder includes mild recurrent episodes of sudden, unpredictable, intense fear accompanied by symptoms such as palpitations, chest pain and faintness anywhere. In this report, there is a 39 years old woman who met diagnostic criteria for agoraphobia and panic disorder. She is coming to a Mental Health Community Service where she receives cognitive-behavioral treatment for one hour weekly. Psychoeducation, in vivo gradual exposure and response prevention were included in managing of disorder. The main results based in subjective information are pointed out.

*Key words:* Agoraphobia, Panic Disorder, In Vivo exposure and response prevention.

---

*Dirección del autor:* Unidad de Salud Mental Comunitaria-Sur. Comunidad Terapéutica "Los Bermejales". Hospitales Universitarios "Virgen del Rocío". Avenida de Manuel Siurot, s/n. 41013 Sevilla. *Correo electrónico:* angellpd@gmail.com

*Recibido:* marzo 2010. *Aceptado:* septiembre 2010.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1999) define la agorafobia como un conjunto de fobias relacionadas entre sí y a veces solapadas, como pueden ser el temor a salir del hogar, a entrar en tiendas o almacenes, a las multitudes, a los lugares públicos o a viajar solo en trenes, autobuses o aviones, y que producen una intensa ansiedad además de conductas de evitación de tales situaciones temidas. Algunos individuos llegan a quedar completamente confinados en sus casas, con lo que es un trastorno incapacitante. A muchos pacientes les aterra la posibilidad de que puedan desmayarse o quedarse solos sin que puedan recibir ayuda.

La prevalencia global de la agorafobia (con o sin historia de trastorno de pánico) ronda el 3,5% en la población general (Kessler *et al.*, 2005), aunque los datos pueden variar según los estudios analizados (para un estudio más exhaustivo, véase Bados, 2009).

Por su parte, la OMS (1999) define también el trastorno de pánico como la presencia de crisis recurrentes de ansiedad grave (pánico) no limitadas a ninguna situación y que son por tanto imprevisibles. Los síntomas predominantes varían de un caso a otro, pero es frecuente la aparición repentina de palpitaciones, dolor precordial, sensación de asfixia, mareo o vértigo y a veces sensación de irrealidad. Además, existe un temor secundario a morirse, a perder el control o a enloquecer.

El trastorno predomina en mujeres, y su prevalencia puede oscilar entre el 1,4 y el 2,9% de la población general (Weissman *et al.*, 1997), y según el DSM-IV-TR, la tasa de incidencia se sitúa entre el 1,5 y el 3,5% (APA, 2000). Estudios recientes señalan que entre un tercio y la mitad de los pacientes con trastorno de pánico presentan además agorafobia. En el contexto clínico, las cifras son aún mayores.

## **Identificación de la paciente**

Isabel (nombre supuesto) es una mujer de 39 años, casada y con dos hijas. Tiene un nivel de formación básico y ha sido empleada durante 10 años en un centro comercial. Reside en una vivienda de su propiedad junto con su marido y con sus dos hijas, aunque el marido, que es militar, pasa a menudo temporadas fuera de casa. En la figura 1 se muestra el genograma que representa el núcleo familiar de Isabel.

La paciente identificada aparece con un doble círculo en la figura. Isabel convive normalmente con su marido, de 39 años de edad, y con sus dos hijos, un varón de 8 años y una mujer de 4 años de edad. Isabel es la segunda de tres hermanos. El padre falleció en un accidente laboral a los 34 años, cuando ella contaba con tan solo 5 años de edad, mientras que la madre vive en la actualidad. Según refiere la paciente, la madre presenta o ha presentado los siguientes problemas de salud: “prolapso vaginal o uterino”, “bocio” y una “infiltración pulmonar”. En la actualidad, Isabel y su marido viven junto con sus hijos en casa.

## **Análisis del motivo de consulta**

Isabel acude a la Unidad de Salud Mental Comunitaria (USMC) en septiembre de 2003, y viene acompañada de su madre. En aquel momento refirió que siempre se ha agobiado cuando hay mucha gente en el hipermercado, y que cinco o seis meses antes “lo había pasado fatal”, porque se notó cómo se le aceleraba el corazón, como que le faltaba el aire, que empezaba a sudar más de lo normal... En Historia Clínica consta que la vio el médico de la empresa y que su malestar remitió sin que hubiese otras consecuencias, aunque esta angustia

se volvería a repetir posteriormente en el tiempo.

### Historia del problema

Isabel relata que en junio de ese mismo año, mientras esperaba su turno en el supermercado, empezó a notar cierto malestar y temblor en las piernas. Dice que se tuvo que agarrar a una persona porque creía que se caía. Cree además que debió perder el conocimiento durante unos segundos. Inmediatamente acudió a urgencias, donde le diagnosticaron una *crisis de ansiedad*. Le realizaron una analítica y, a la espera de los resultados, el facultativo que la atendió le

prescribió Lexatín 1,5 mg. A partir de ese momento, empieza a recibir desde atención primaria un tratamiento farmacológico con Seroxat (1-0-0).

### Análisis y descripción de las conductas problema. Evolución y análisis funcional del caso

Ya en la USMC (primera consulta en Salud Mental, en septiembre de 2003) Isabel dijo padecer insomnio de mantenimiento, bajo estado de ánimo y fundamentalmente ansiedad anticipatoria ante la posibilidad de que se volviesen a repetir sus crisis de ansiedad. Esto le había supuesto una In-

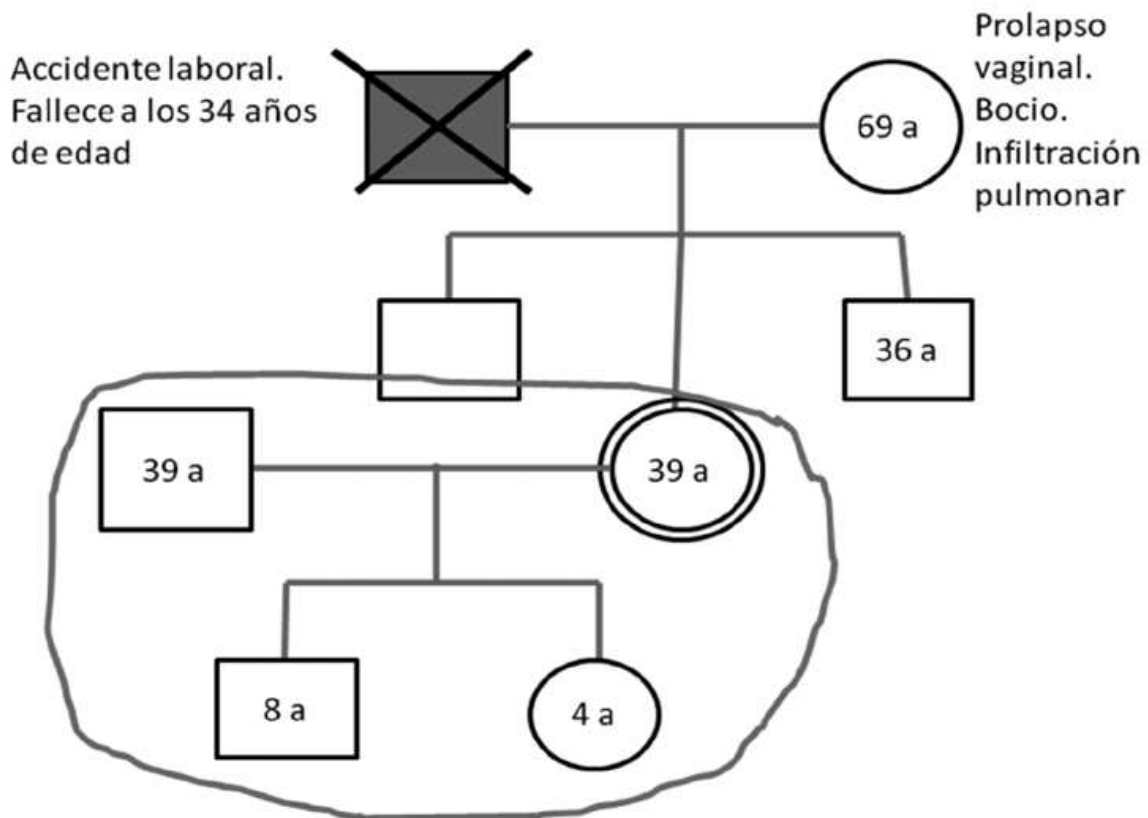


Figura 1. Estructura familiar de la paciente (genograma). La paciente está identificada con línea doble. Convive con su marido, hijo e hija.

capacidad Laboral Transitoria (ILT) y una situación de aislamiento en casa. Desde entonces, Isabel no ha vuelto a trabajar.

En noviembre de 2003, acude a consulta con el marido. Isabel habla con ansiedad de lo que le pasa. Afirma que no ha vuelto a tener crisis de angustia pero persisten las conductas agorafóbicas, de manera que no sale de casa ni sola ni con el marido. Aparecen las conductas de evitación, aunque presenta buen estado de ánimo.

Dos meses más tarde (enero de 2004), Isabel destaca que no es capaz de alejarse de casa; refiere miedo a “no ser capaz de resolver los problemas que se le presentan” y miedo a “quedarse sola con los niños en casa”. Es atendida por un psiquiatra, quien le prescribe tratamiento con Seroxat (1- ½ - 0) y Alprazolam 1 mg. (½ - ½ - ½).

En marzo de 2004, su facultativo de referencia (psiquiatra) decide que Isabel va a formar parte de un grupo de psicoterapia. Asistió durante varios meses a distintas sesiones grupales con pacientes similares. Tras la primera sesión, Isabel afirmó que empezaba a darse cuenta de lo que era una crisis de angustia, y de por qué podría pasarle. Llegó a la conclusión de que sus crisis eran debidas a que su marido la anulaba, “porque tiene un carácter muy fuerte”, y que tanto los niños como ella sentían miedo ante sus enfados. Además, Isabel temía “hacer mal las cosas” y dijo tener “la autoestima por los suelos”. Continuó con el mismo tratamiento. Dejó de asistir a la Unidad a mediados de 2006.

Entre sus antecedentes personales, la madre de Isabel manifestó en un principio que su hija siempre había sido “muy nerviosa e impaciente”, y anteriormente había sufrido un desvanecimiento, probablemente debido a una crisis vasovagal. A nivel médico-clínico, cabe destacar que

Isabel es hipertensa y que está apendicectomizada. La función tiroidea es normal y no presenta alergias medicamentosas ni otras enfermedades conocidas.

Cuando se le preguntó por las causas del problema, Isabel no relacionó lo que le pasaba con ningún desencadenante claro, aunque decía que su madre estaba habitualmente en casa con ella, porque su marido pasa mucho tiempo fuera de casa.

En octubre de 2008 acude de nuevo a la USMC, su psiquiatra de referencia la deriva en junio de 2009 y desde entonces es atendida de manera exclusiva por un psicólogo en la Unidad. En esta ocasión dijo que los dos años precedentes había estado bien, sin ansiedad y sin tratamiento. Pero empieza a relatar que hacía dos meses se suicidó una chica en su edificio arrojándose al vacío. Esto coincide en el tiempo con que el marido se marcha a Afganistán. Desde entonces Isabel veía que su ansiedad crecía en escalada. Ahora evitaba todo tipo de situaciones, teniendo crisis de ansiedad que describía como sensación de ahogo, mareos, sequedad de boca, temblor en las piernas y miedo a desmayarse. Ya no era capaz de llevar a su hijo al colegio, salvo que fuese acompañada por otras madres. Aprovechaba el camino de vuelta con ellas para hacer las compras y las tareas de la casa, y no realizaba otro tipo de actividades. Decía que solo se sentía segura en casa, y que cuando salía nunca le faltaba el Alprazolam. Además, empezaron a aparecer pensamientos hipocondríacos a raíz de conocer las enfermedades de sus allegados. En el momento de la derivación, su médico de atención primaria le indica tratamiento con Paroxetina 20 mg., Alprazolam 0,5 mg. y Tranxilium 5 mg. La figura 2 muestra el análisis funcional del trastorno mental de Isabel.

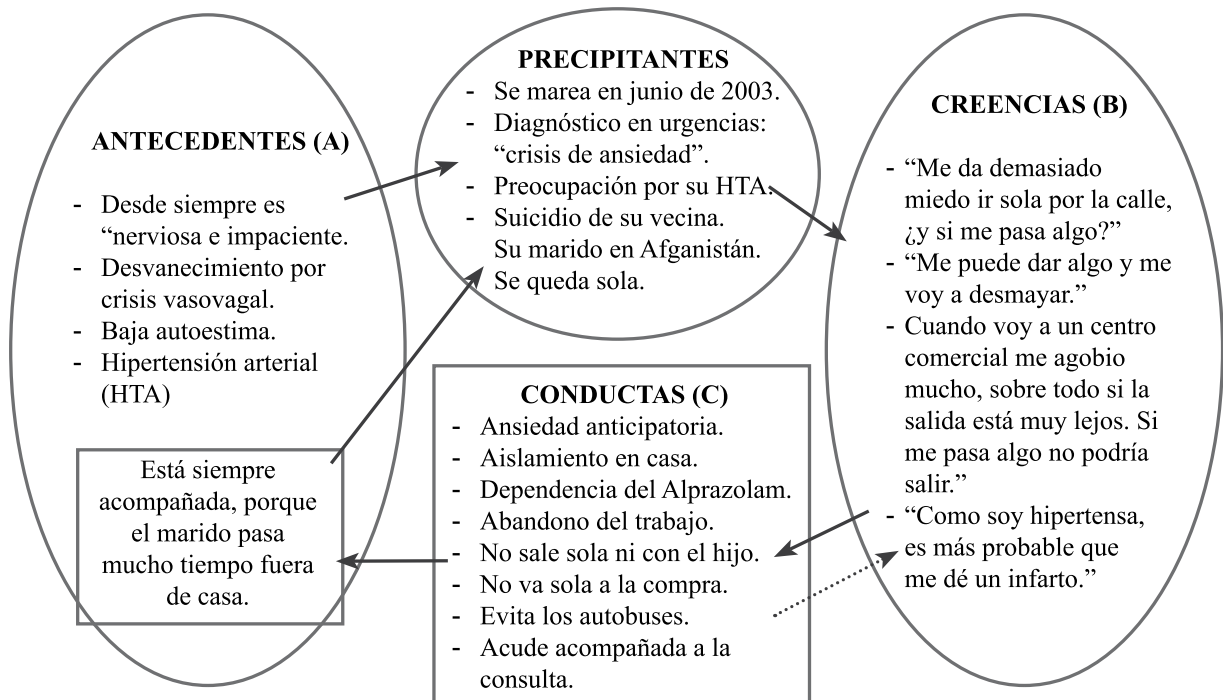


Figura 2. Análisis funcional del caso.

## Diagnóstico

En base a la información obtenida tras la evaluación de Isabel, podemos admitir como juicio clínico una agorafobia con trastorno de pánico, F40.01 (CIE-10); prueba de la agorafobia es lo siguiente:

- Los síntomas, psicológicos o vegetativos son manifestaciones primarias de ansiedad, no secundarias a otros síntomas.
- Esta ansiedad predomina en al menos dos de las siguientes situaciones: multitudes, lugares públicos, viajar lejos fuera de casa o viajar solo.
- La evitación de la situación fóbica es, o ha sido, una característica destacada.

En cuanto al trastorno de pánico, sabemos que:

- Presenta crisis recurrentes de ansie-

dad, no limitadas a ninguna situación en particular. Son imprevisibles.

- Predominan síntomas como palpitaciones, dolor precordial, sensación de asfixia, mareo y vértigo.
- La paciente termina por evitar o escapar de la situación en la que se encuentra.
- No hay un peligro objetivo e Isabel presenta ansiedad anticipatoria ante sus crisis.

## Establecimiento de las metas del tratamiento

Los objetivos establecidos para la intervención fueron los siguientes:

- 1) Enseñarle a Isabel en qué consiste la respuesta de ansiedad y cuál es su funcionalidad. Aceptación como una res-

puesta emocional normal.

- 2) Recuperar su nivel normal de actividad, para que sea capaz de realizar sus actividades normales cotidianas.

### **Estudio de los objetivos terapéuticos**

En el trabajo con los objetivos terapéuticos, decidimos seguir el mismo orden planteado. Lo primero es explicarle a Isabel en qué consiste su respuesta de ansiedad, por qué se produce y qué función cumple. Posteriormente, decidimos someter a prueba creencias irracionales, como paso previo para proporcionarle unos recursos de afrontamiento lógicos ante sus crisis. Solo después de esto, pensamos que Isabel estaría en condiciones de exponerse gradualmente a las situaciones agorafóbicas que teme.

### **Selección del tratamiento más adecuado**

Desde la perspectiva de la intervención psicológica, se cuenta hoy en día con dos procedimientos eficaces (Bados, 2009): la exposición en vivo (EV) y la terapia cognitivo-conductual (TCC). El componente básico parece ser la exposición a las sensaciones y/o a las situaciones temidas. Los programas “transdiagnósticos” (educación, incremento de la motivación para la implicación en el tratamiento, re-estructuración cognitiva, relajación, entrenamiento en conciencia emocional y la exposición interoceptiva) también han demostrado su eficacia (Norton y Philipp, 2008).

### **Aplicación del tratamiento**

#### **1. Fase educativa**

Una vez realizado el análisis funcional del caso, se le explicó a Isabel qué es

la ansiedad, qué características tiene la respuesta de ansiedad y cuál es el papel que cumplen las conductas fóbicas en su problema. *Grosso modo*, se le explicó a Isabel que la ansiedad es una “emoción” normal en el ser humano, y que de hecho cumple una función adaptativa. De no ser así, las personas no alcanzaríamos la activación necesaria para prepararnos, por ejemplo, ante un examen (nos pondríamos a estudiar), para escapar de una situación peligrosa como puede ser un incendio, etc. Asimismo, se le explicó que entre sus manifestaciones encontramos, por ejemplo, la inquietud, el nerviosismo, la sudoración o la taquicardia (cuya función sería proporcionar un mayor aporte de sangre y oxígeno a los distintos grupos musculares del cuerpo para evitar situaciones amenazadoras). Trabajamos también la idea de “peligrosidad” que Isabel mantenía respecto a la ocurrencia de este tipo de sensaciones.

Por otro lado, hubo que centrarse también en lo desadaptativo de las respuestas de ansiedad. Se trataba de hacerle ver a Isabel que dichas respuestas la estaban perturbando emocionalmente porque se estaban produciendo en situaciones que potencialmente no son peligrosas, tales como hacer cola en el supermercado, ir a ver una procesión o un espectáculo o simplemente salir a pasear por el barrio.

Por último, dentro de la fase educativa se hizo también hincapié en que las conductas de evitación de Isabel provocaban la desaparición de sus respuestas de ansiedad ante situaciones para ella peligrosas, y se le explicó que a la larga dichas respuestas estaban manteniendo el curso de sus conductas agorafóbicas, que además no le permitían desconfirmar sus creencias irracionales de partida. Trabajar todos estos aspectos ha requerido su

tiempo a lo largo de distintas sesiones de psicoterapia.

## **2. Re-estructuración cognitiva o discusión de los pensamientos catastrofistas**

Lo que hicimos en esta fase fue básicamente enseñar a Isabel a buscar evidencia que pudiese, o bien confirmar, o bien desconfirmar sus creencias catastrofistas. A Isabel se le plantearon preguntas tales como las siguientes: “¿qué conexión lógica existe entre ir a un centro comercial y que una persona se desmaye?”. “Si esto fuese cierto, ¿qué pasaría a diario en todos los centros comerciales?”... Este tipo de cuestiones se generalizaron y se plantearon ante otras situaciones temidas, tales como coger el autobús, salir a andar por el barrio, subirse en un ascensor, etc.

En algún momento de la terapia, se aplicó un ejercicio de exposición a las sensaciones interoceptivas, concretamente el conocido ejercicio de “hiperventilación”. Se le pidió a Isabel que inspirara y que expirara rápidamente siguiendo el ritmo marcado por el psicoterapeuta. Rápidamente Isabel afirmó que empezaba a marearse, con lo que tuvimos que detener el ejercicio. Pero aprovechamos el momento para hacerle algunas preguntas.

Psicólogo: “¿Cómo te sientes?”

Isabel: “... mareada”.

P: “¿Y qué te puede pasar?”

I: “Que me desmaye”.

P: “¿Y qué es lo peor que te puede pasar?”

I: “Pues que pierda el conocimiento y que me muera”

P: “Un momento, ¿me estás diciendo que cuando uno se mareo se muere? ¿Te has mareado tú alguna vez?”

I: “Sí”.

P: “¿Y te has muerto?”

I: “Bueno, ¡no!”

P: “Espera, hace un momento me has dicho que si te desmayas te podrías morir. ¿Cómo es que tú no te has muerto, qué explicación le encuentras tú a esto?”.

Por último, en el marco de esta técnica, se trabajó también el tema de las *probabilidades*. Isabel había sido diagnosticada de hipertensión arterial, lo que le hacía pensar que si se notaba el corazón acelerado o que si tenía taquicardias, podría sufrir como consecuencia un infarto de miocardio (IAM). Evidentemente, las personas hipertensas tienen mayor probabilidad de sufrir un IAM. Ahora bien, dada la situación clínica de Isabel, su edad... ¿qué probabilidad tendría ella de que le sucediese precisamente esto? Esta y otras cuestiones se le hicieron también a la paciente, con el objeto de conseguir el primer objetivo terapéutico, que es que Isabel interpretase estas sensaciones como síntomas normales de la ansiedad y no como signos de una muerte inminente.

## **3. Exposición gradual en vivo y prevención de respuesta de escape/evitación**

Este es y está siendo todavía el componente clave del tratamiento. Tras el trabajo anterior, procedimos a elaborar una jerarquía de situaciones generadoras de ansiedad para Isabel. Para ello, se le proporcionaron una serie de tarjetas en blanco. En primer lugar, le pedimos que escribiese en cada tarjeta una situación que tuviese que evitar o que no pudiese soportar por la intensidad de la ansiedad que le produce. Solamente podía colocar una situación por tarjeta.

Posteriormente, se le explicó a la paciente en qué consiste el concepto de uni-

dades subjetivas de ansiedad (USA). Se le pidió que tuviese en cuenta una escala, de 0 a 100, donde 0 significaba que la situación no le produciría ninguna ansiedad y donde 100 sería el máximo nivel de ansiedad posible, lo que sería una situación horrible, insoportable y que por tanto tendría que evitar a toda costa. Cuando Isabel comprendió el procedimiento, se le explicó a continuación que marcará de entre todas las situaciones elegidas, aquella que le producía el menor grado de ansiedad (en USA). A continuación tuvo que hacer lo mismo con la situación tremendamente ansiógena e insoportable. Después tenía que identificar una situación a la que pudiese asignarle 50 USAs para terminar graduando el nivel de ansiedad en las otras situaciones restantes. Al final, obtuvimos la siguiente jerarquía de exposición (tabla 1).

Para comenzar con la exposición, se le preguntó a Isabel si creía que podría enfrentarse sola a la primera situación propuesta, evitando también conductas de seguridad como llevar el Alprazolam en el bolso. Ella contestó que sí, y además pensó que también podría hacer frente con la segunda

situación señalada, esto es, llevar sola a su hija al colegio, con lo que se marcan ambos como objetivos para la siguiente sesión de psicoterapia.

En la siguiente consulta, Isabel refirió haberse expuesto con éxito a las dos situaciones señaladas. Dijo también que se encontraba mejor de ánimo, aunque había angustia y ansiedad anticipatoria ante el afrontamiento de tales situaciones. Para el próximo día, se le pidió que al margen de los nuevos retos, continuase realizando estas actividades, para generalizar así los logros y para facilitar la exposición a otras situaciones posteriores en la jerarquía.

Ese día, observamos que Isabel siguió viniendo a consulta siempre acompañada de su marido. Ante esta situación, incluimos otro ítem en la jerarquía: “venir sola a las sesiones de psicoterapia”. Ella decidió incluirlo después del ítem “llevar al colegio sola a su hijo” (véase tabla 2).

Hay una cita programada a la que Isabel no acude, aunque avisa previamente por teléfono. Esta dificultad cabía dentro de lo posible, ya que a veces los avances en la exposición pueden resultar demasiado exigentes para los pacientes. Pero en la siguiente consulta, Isabel se mostró “sorprendentemente” contenta porque “había hecho algo de lo que no se creía capaz”: venir sola a la Unidad. Dijo que al salir le temblaron mucho las piernas, pero que tenía que afrontarlo para no perder la cita. De manera autónoma, ella decidió por su cuenta venirse sola en el autobús, con lo que había avanzado más si cabe en la jerarquía de exposición en vivo. Ante esta situación, reforzamos los logros conseguidos y proponemos mantener las ganancias ya adquiridas. El próximo reto sería por tanto “andar sola por el barrio” sin controlar el tiempo empleado, algo que estaba obsesionando a Isabel. Como en

*Tabla 1.* Jerarquía de exposición a las situaciones generadoras de ansiedad y unidades subjetivas de ansiedad (USA).

1. Ir a comprar sola al supermercado (20 USA)
2. Llevar a su hijo al colegio sola (30 USA)
3. Subir aun autobús vacío (40 USA)
4. Andar sola por el barrio (50 USA)
5. Sentarse en el cine lejos de la puerta (60 USA)
6. Subir a un autobús con mucha gente (70 USA)
7. Subirse en un ascensor (80 USA)
8. Ir a un centro comercial (90 USA)
9. Viajar en metro (100 USA)



la sesión anterior, a pesar de su buen estado de ánimo, la paciente mostró ansiedad anticipatoria ante la posibilidad de que se produjesen nuevas crisis de ansiedad.

En la siguiente consulta (última sesión hasta el momento), Isabel seguía evolucionando de manera positiva. No solo había mantenido los logros anteriores sino que además verbalizaba que “estaba superando su ansiedad, y que sus tareas se habían convertido en algo cotidiano dentro de la normalidad”. Estaba remitiendo por tanto su ansiedad. Sin embargo, esta consulta nos sirvió para dar otro paso más. Isabel afirmó que le producía mucha ansiedad subir a la última planta de un gran almacén, “*porque la salida está lejos*”. Esta situación evidentemente dificultaría el que Isabel pueda disponer rápidamente de sus habituales conductas de seguridad. Su razonamiento es que “la salida está muy lejos”. Así pues, incluimos un nuevo ítem en la jerarquía (véase tabla 2): “Ir a las plantas altas del gran almacén”. Paralelamente, Isabel cuenta que

Tabla 2. Jerarquía completa de exposición a las situaciones generadoras de ansiedad y USA.

1. Ir a comprar sola al supermercado (20 USA)
2. Llevar a su hijo al colegio sola (30 USA)
3. Ir sola a la consulta (35 USA)
4. Subir aun autobús vacío (40 USA)
5. Andar sola por el barrio (50 USA)
6. Caminar largos recorridos(55 USA)
7. Sentarse en el cine lejos de la puerta (60 USA)
8. Subir a un autobús con mucha gente (70 USA)
9. Subirse en un ascensor (80 USA)
10. Ir a un centro comercial (90 USA)
11. Subir a la última planta de la tienda (95 USA)
12. Viajar en metro (100 USA)

ha salido a andar aunque no se aleja mucho de casa (le da vueltas a la manzana). En este sentido, y al no observar dificultades, ampliamos la jerarquía de exposición para generalizar los logros conseguidos, con lo que el nuevo reto ahora era no solo andar sino también cubrir distancias más largas hacerlo por distintos recorridos.

### Observaciones

Todavía no podemos hablar de recuperación en el sentido más estricto del término, por encontrarnos aun en plena fase de intervención. Lo que está claro es que la paciente ha conseguido un avance notable respecto a la situación inicial de partida.

Este trabajo no está exento de limitaciones. Por ejemplo, habría sido interesante comprobar la eficacia de la intervención con medidas objetivas de su evolución, en lugar de atender solo al grado de bienestar subjetivamente informado. Pero en cualquier caso, los primeros logros conseguidos apuntan hacia la eficacia de este tipo de intervenciones, que ya ha sido mostrada por otros estudios e investigaciones (Bados, 2003; Espada, Van der Hofstadt y Galván, 2007)

Este es el trabajo realizado con Isabel, una paciente con agorafobia e historia de trastorno de pánico. A pesar de sus dificultades, el pronóstico de su trastorno es favorable. Hasta el momento, la paciente muestra una buena colaboración y continúa recibiendo asistencia en nuestra Unidad.

### Referencias

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4ª Ed., Texto Revisado (DSM-IV-TR)*. Washington DC: APA.

- Bados, A. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la agorafobia. En M. Pérez, J.R. Fernández e I. Amigo (Coords.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces (I). Adultos* (págs. 247-270). Madrid: Pirámide.
- Bados, A. (2009). Agorafobia y pánico. (disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/6261/1/Agorafobia%20y%20p%C3%A1nico.pdf>)
- Buela-Casal, G. y Sierra, J.C. (2002). Normas para la redacción de casos clínicos. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud / International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 525-532.
- Espada, J.P., Van der Hofstadt, C.J. y Galván, B. (2007). Exposición en vivo y técnicas cognitivo-conductuales en un caso de ataques de pánico con agorafobia. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud / International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7 (1), 217-232.
- Kessler, R.C., Berghund, P., Demler, O., Jim, R., Merikangas, K.R., y Walters, E.E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in The National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 617-627.
- Norton, P. y Philipp, L. (2008). Transdiagnostic approaches to the treatment of anxiety disorders: A quantitative review. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice and Training*, 45, 214-226.
- Weissman, M.M., Bland, R.C., Canino, G.J., Fararelli, C., Greenwld, S., Hwu, H.G., Joyce, P.R., Karam, E.G., Lee, C.K., Llellouch, J., Lepine, J.P., Newman, S.C., Oacley-Browne, M.A., Rubio-Stipec, M., Wells, J.E., Wickramaratne, P.J., Wittchen, H.U. y Yrh, E.K. (1997). The cross-national epidemiology of panic disorder. *Archives of General Psychiatry*, 54 (4), 305-309.