

***MANUAL PSICOEDUCATIVO  
PARA EL CONSULTANTE***

***TRASTORNO DE PANICO***

*Lic. Lorena Frangella / Lic. Monica Gramajo*

# **Trastorno de Pánico**

Guía para el consultante

## **Introducción**

*El objetivo de esta guía es brindar información y algunos recursos terapéuticos para las personas que se ven afectadas por crisis de pánico.*

*En la misma encontrará:*

- **Psicoeducación:** *¿Qué es la ansiedad?. ¿Cuál es su función?. ¿Qué es un ataque de pánico?. ¿Cuáles son sus síntomas?.*
- **Reestructuración cognitiva:** *modificación de pensamientos y creencias catastróficas que perpetúan los síntomas.*
- **Reentrenamiento de la respiración:** *Cabe aclarar que estos serán indicados según el caso y momento del tratamiento, ya que en ocasiones aumenta la sintomatología.*
- **Exposición interoceptiva y exposición en vivo:** *Experimentar gradualmente los síntomas corporales temidos y exponerse a situaciones evitadas contribuye a mejorar la sintomatología.*

## **IMPORTANTE**

***Esta guía no tiene como fin reemplazar el diagnóstico realizado por un profesional. Su finalidad es la de acercar información a aquellos que están afectados y puedan encontrar la motivación necesaria para buscar ayuda.***

## **Psicoeducación**

La aparición inesperada del primer ataque de pánico más la intensidad de las sensaciones corporales y cognitivas que lo acompañan, provoca un sentimiento de miedo intenso, por esta razón la psicoeducación es una de las partes fundamentales del tratamiento psicológico ya que muchas personas tienen poca información acerca de lo que les pasa y la convicción de padecer algún trastorno físico.

### **¿Qué es la ansiedad y cuál es su función?**

La ansiedad es una emoción común a todos los seres humanos, está presente durante toda la vida y como el resto de las emociones cumple una función, nos prepara ante lo que podría ser peligroso y por lo tanto se activa frente a la percepción de una amenaza o peligro.

Evolutivamente ha servido al ser humano para sobrevivir, preparándolo para la huida o la lucha. Su finalidad es adaptativa, generando protección frente a posibles peligros. Podríamos imaginarla como un sistema de alarma que nos protege.

La respuesta de ansiedad se expresa a nivel corporal (fisiológico), mental (cognitivo) y conductual:

- **Fisiológico:** se manifiesta mediante las sensaciones internas que podemos notar cuando nos ponemos nerviosos (temblor, mareo, taquicardia, etc.)
- **Cognitivo:** son los pensamientos, creencias, imágenes, con contenido de peligro.
- **Conductual:** tendencia a huir, escapar, evitar.

Los tres componentes se dan en la ansiedad normal, no obstante cuando se torna excesiva y frecuente puede llegar a generar diferentes trastornos, como por ejemplo el Trastorno por Pánico.

La ansiedad no es buena ni mala, es una emoción más, como lo son la tristeza o la alegría, enriquece la vida de las personas. Se vuelve negativa o patológica cuando resulta excesiva.

La ansiedad patológica, "es aquella que resulta excesiva o desproporcionada respecto al estímulo que la provoca, aparece de manera muy frecuente o duradera y produce limitaciones diversas en la vida cotidiana de quien la padece, restringiendo su adaptación al entorno" (A. Cia).

Pero, si pensamos en la ansiedad y su función adaptativa vemos que es muy necesaria y hasta positiva. Por ejemplo, si tuviésemos que ir a una entrevista laboral o rendir un examen, tener cierto grado de ansiedad nos va a permitir desenvolvernos de un modo que nos ayude a mejorar nuestro rendimiento.

## **¿Qué es el pánico?**

*Es la vivencia de miedo o terror intenso, que genera sensación de descontrol, desmayo o muerte inminente, siendo esto parte de los síntomas de un ataque de pánico.*

## **¿Qué es un ataque de pánico?**

*El ataque de pánico esta caracterizado por la aparición repentina de miedo o malestar intenso acompañado de cuatro o más de los siguientes síntomas:*

- \*Palpitaciones, taquicardia*
- \*Sudoración*
- \*Temblores o sacudidas*
- \* Sensación de atragantamiento*
- \* Opresión o malestar torácico*
- \* Nauseas o molestias abdominales*
- \* Inestabilidad, mareo, sensación de desmayo*
- \* Parestesias (hormigueos o entumecimientos)*
- \* Escalofríos o sofocaciones*
- \* Miedo a volverse loco o descontrolarse*
- \* Miedo a morir*
- \* Desrealización o despersonalización.*

*Para que exista un trastorno de pánico es necesaria la presencia de ataques de pánico recurrentes e inesperados, y que al menos una de las crisis haya sido seguida durante un mes de uno o más de los siguientes síntomas:*

- inquietud persistente ante la posibilidad de tener mas crisis*
- preocupación por las consecuencias o implicancias de las crisis*
- cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis.*

## **Trastorno de Pánico (TP)**

*Según la teoría Biofisiosocial de Barlow (1988), el ataque de pánico inicial es pensado como una falla del sistema de alarma bajo circunstancias estresantes, y cierta vulnerabilidad tanto fisiológica como psicológica. La vulnerabilidad fisiológica hace referencia a un sistema autonómico lábil o hipersensible y la vulnerabilidad psicológica se relaciona con las creencias sobre "lo peligroso" de las sensaciones físicas y del mundo en general.*

*Existe también una predisposición familiar a padecer este trastorno, en parte es hereditaria y a su vez está relacionada con el aprendizaje de modelos parentales.*

*El estrés (físico, emocional, mental) suele ser el antecedente frecuente del primer ataque de pánico. Las repetidas situaciones de estrés van activando crónicamente al sistema nervioso. En general, la persona supone que su primera crisis ha ocurrido sin un factor desencadenante (cuando aparentemente todo está en calma). Durante la crisis, la reacción física es similar a la que ocurriría frente a un peligro real, con la diferencia, que es activada en ausencia de una amenaza concreta.*

Posterior al ataque, lo que se siente es un gran agotamiento psicofísico acompañado del temor de volver a sentirse mal (miedo al miedo) y al no encontrar una explicación válida a su aparición, lo que se piensa sobre las sensaciones de pánico toma un papel fundamental.

Se produce entonces un cambio en la conducta habitual de quien padece pánico. Cuando las crisis se repiten, la persona deja de actuar como antes, está hipervigilante, no descansa, pierde seguridad y comienza a evitar situaciones o lugares en los que tuvo síntomas de pánico.

### **¿Qué es el trastorno de pánico con agorafobia?:**

Cuando la asociación entre las sensaciones internas y la interpretación negativa se suma a determinadas situaciones externas se produce la **agorafobia**. Se empieza a temer por ejemplo, ir al supermercado, a lugares concurridos, a realizar actividad física, a viajar en diferentes medios de transporte, incluso hasta prácticamente no salir de su casa por temor a exponerse a situaciones que generen nuevas crisis.

Es común comenzar a utilizar conductas u objetos de reaseguro como por ejemplo salir acompañado, llevar consigo medicamentos, botellitas de agua, teléfonos de emergencia, o al conducir el auto se maneje por el carril derecho para poder parar o desviarse. También ir al cine sentándose cerca de la puerta de salida, a un shopping u otro lugar concurrido conocer donde están los baños y las salidas.

Por último, los datos en relación a la prevalencia indican:

- Una de cada diez personas tiene una crisis de pánico a lo largo de su vida.
- Una de cada treinta personas padece la enfermedad (entre el 2 y el 5% de la población general).
- La edad de comienzo típica es entre los 25 y 30 años y 3 de cada 4 afectados son mujeres.
- Suele variar la forma en que evoluciona, tiende a ser una enfermedad de curso fluctuante y crónico.

**Podemos pensar el trastorno de pánico como una fobia a las sensaciones corporales, ya que lo que se teme son las propias sensaciones internas que se intensifican por la ansiedad y de esta manera tiende a autoproducirse.**

Luego del primer ataque se tiende a vivir en un estado de alerta constante lo que favorece que frente a la mínima sensación corporal aumente la posibilidad de una nueva crisis, ya que hay una interpretación catastrófica de dichas sensaciones.

### **Explicación de los síntomas**

¿A qué se deben las sensaciones físicas?

Si su cerebro percibe una situación de riesgo (real o imaginaria) activará un sistema de alarma que dará lugar a cambios a nivel fisiológico para proteger su vida. Estos cambios en el ataque de pánico se viven como una amenaza ya que el peligro no es real, si realmente estuviera frente a una situación de riesgo estos síntomas no los sentiría como peligrosos para usted.

Por ejemplo, si en este momento estuviera en un lugar que comienza a incendiarse, percibirá el peligro y se activará su sistema de alarma dando lugar a la activación fisiológica, permitiendo así que salga corriendo del lugar y preserve su vida. Necesitará que su corazón lata más rápido para enviar más sangre a sus extremidades y esto no será interpretado como peligroso, sino todo lo contrario.

A continuación se detallan los principales síntomas de pánico y la interpretación distorsionada de los mismos:

**A) Taquicardia, palpitaciones:** el pensamiento catastrófico que surge frente a estos síntomas podría ser, "voy a morir", "tengo un infarto". La realidad indica que frente a un peligro real (o imaginario), el corazón se acelera para enviar mayor cantidad de sangre a las zonas implicadas en la reacción de alarma y así prepararnos para el ataque o la huida.

**B) Ahogo, falta de aire:** Es común pensar, "me voy a asfixiar", "no puedo respirar, me ahogo". La experiencia clínica muestra que nadie ha muerto de asfixia u ahogo durante una crisis de pánico, por el contrario, aumenta el oxígeno en la sangre como resultado de la hiperventilación. La respiración no es una función voluntaria, sino automática, es decir, va a respirar piense o no piense en como hacerlo, incluso seguirá respirando aun dormido o inconsciente.

**C) Mareos:** "siento que me voy a desmayar". La gente casi nunca se desmaya durante una crisis de pánico, porque la tensión arterial tiende a subir y no a bajar. Por otro lado, al tensar las cervicales como consecuencia del miedo a las sensaciones, disminuye el flujo de sangre a la cabeza, generando los mareos.

**D) Opresión o dolor en el pecho:** El pensamiento, "tengo un ataque cardíaco", responde a que los músculos intercostales se tensan debido a la hiperventilación o a mantener los pulmones demasiado llenos de aire. Las contracturas cervicales o dorsales irradian el dolor en la zona.

**E) Hormigueo en las extremidades:** "me siento muy débil" "siento que me acalambro", "se me durmieron las manos". Son sensaciones que responden a la existencia de una mayor afluencia de sangre en los lugares que podrían ser necesarios, dejando al resto del cuerpo con un menor riego sanguíneo. De este modo, si el peligro fuera real y usted fuese herido estaría menos propenso a desangrarse.

**F) Náuseas o molestias abdominales:** "voy a vomitar", "me descompongo". Responde a efectos normales de la ansiedad en el sistema digestivo, al disminuir la misma, mejora.

**G) Temblor, pinchazos, parestesias:** "algo no está bien". Se debe al exceso de tensión muscular.

**H) Percibir las cosas de manera extraña:** "me estoy volviendo loco", el tener sensaciones extrañas y el sentimiento de estar perdiendo el control suele ocurrir en todas las personas. Esto es diferente a la pérdida de contacto con la realidad a largo plazo. Por otro lado, la hiperventilación disminuye la cantidad de oxígeno en el cerebro. Se dilatan las pupilas aumentando así la visión periférica para facilitar la percepción de posibles peligros.

Focalizar la atención en cualquiera de estas sensaciones solo aumentará la percepción de las mismas, provocando mayor ansiedad.

## **2) Reestructuración cognitiva**

*El circuito del pánico se instala y mantiene a partir de los pensamientos catastróficos que surgen como respuesta a las sensaciones corporales (recordemos que son sensaciones normales de la activación del sistema de alarma frente a un peligro o amenaza real, y que en el pánico no hay tal peligro).*

*Las personas que han tenido un ataque de pánico desarrollan un estado hiperalerta, ampliando su atención ante el mínimo estímulo tanto proveniente de su propio cuerpo como de una situación externa, dando lugar a interpretaciones catastróficas de lo que sucede.*

*Por lo tanto, el papel de los pensamientos que surgen en ese momento son de suma importancia, los llamamos pensamientos automáticos y sus características son:*

- *Se expresan en forma breve y fugaz.*
- *No son cuestionados a pesar de ser irracionales por lo tanto son creídos fielmente.*
- *Son espontáneos e involuntarios.*
- *Tienden a ser negativos o catastróficos.*
- *Hacen que la persona perciba sólo un aspecto de su ambiente, (atención selectiva) desestimando aquello que no es coherente con sus pensamientos.*

*El tratamiento se focaliza entonces en modificar estas distorsiones cognitivas (errores de pensamiento) como pensar que me voy a morir porque mi corazón late más rápido o me voy a desmayar y perder el control de mi cuerpo.*

*Las siguientes preguntas son orientativas para poder reconocerlos. Este es el primer paso para recuperar el control sobre los "autodiálogos negativos".*

*"¿Qué pasó por mi cabeza mientras estaba ansioso?"*

*"¿Qué pienso que puede pasar?"*

*"¿Qué es lo peor que puede pasar?"*

*El cambio se dará cuando además de detectar los pensamientos negativos pueda reemplazarlos por autoafirmaciones positivas, por ejemplo: "estos son sólo pensamientos, voy a intentar respirar y relajarme". La autocharla negativa sólo perpetúa la evitación y ayuda a mantener el trastorno.*

*Una crisis de pánico severa puede ser mucho menos intensa si al inicio de los síntomas se eligen pensamientos alternativos tranquilizadores, por ejemplo: "puedo tolerar estos síntomas, ya van a pasar".*

*Es importante saber que si durante mucho tiempo nos hemos dicho cosas negativas no podemos modificarlas de una sola vez, será necesario descubrir el estilo de pensamiento que ayuda a mantener los síntomas de pánico y modificarlo a través de los diferentes recursos propuestos en la terapia.*

Por ejemplo frente al pensamiento catastrófico "voy a tener un infarto", tenemos que preguntarnos:

**Pensamiento catastrófico:** "voy a tener un infarto".

- ¿Cuál es la evidencia para esto?
- ¿Qué evidencia a favor y en contra tengo de este pensamiento?
- ¿Es esto siempre verdad?
- ¿Ha sido verdad en el pasado?
- ¿Cuáles son las posibilidades de que esto realmente suceda?
- ¿Cuál es la peor cosa que podría suceder si se concreta?
- ¿Estar pensando en que algo pueda suceder hará que suceda?
- ¿Ha tenido alguna experiencia que muestre que este pensamiento no siempre es cierto?
- ¿Esta viendo la totalidad de la situación?
- Si este pensamiento lo tuviera otra persona, ¿qué le diría para hacerle ver que no es correcto?

Luego continuamos con la búsqueda de pensamientos alternativos:

- ¿Existe alguna explicación alternativa a lo que pienso?
- ¿Puedo explicar de otra manera lo que sucede?
- ¿Qué podría pensar otra persona?
- ¿Existen otros puntos de vista?
- ¿Cómo interpretaría esta situación alguien de mi confianza?

A esto lo llamamos "reestructuración cognitiva", que es aprender a pensar de un modo diferente al que lo hacemos habitualmente cuando se empiezan a sentir los síntomas de pánico, intentar buscar un modo de pensar más funcional y mucho más adaptativo para esa situación. Los pensamientos automáticos distorsionados son aprendidos, y por lo tanto pueden desaprenderse.

¿Cuál es la forma correcta de pensar y fomentar la autoeficacia?:

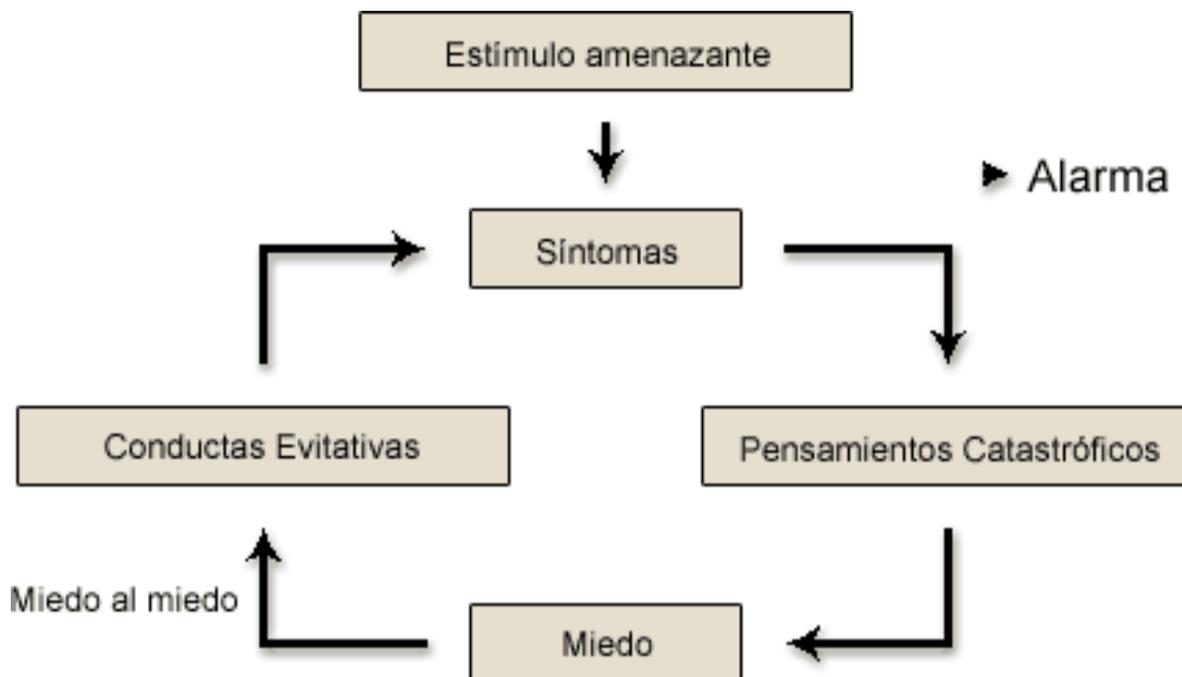
- Evitando usar el "no". Por ejemplo, reemplazar el pensamiento "no me va a dar un infarto" por "puedo relajarme y estar tranquilo".
- Siempre ubicarse en el tiempo presente y no preocuparse por lo que vendrá.

Estos ejercicios lo van a ayudar a construir la creencia en la propia habilidad para afrontar y superar el miedo y así fomentar su autoconfianza. Si cada vez que se enfrenta al miedo no es capaz de soportarlo y utiliza conductas evitativas, hará que sienta alivio porque disminuirá su ansiedad a corto plazo, pero a su vez reforzará la evitación que sólo ayudará a desarrollar una fobia y a sentirse más vulnerable. En cambio al afrontar la situación aprenderá que exponerse no va a hacerle daño y podrá soportarlo.

Algunos ejemplos de auto enunciados de afrontamiento:

- Voy a pensar en positivo.
- Voy a considerar las cosas una por vez.
- Puedo hacerlo.
- Puedo estar calmo, cumpliendo los pasos a seguir.
- He superado otras cosas peores
- Quizás sea difícil eliminar todo el miedo, pero puedo manejarlo.
- Funcionó.

### **Circuito del Pánico:**



### **3) Respiración y relajación:**

*Es importante destacar que los ejercicios de relajación son utilizados en diversas situaciones de ansiedad, pero es necesario tener en cuenta que hay personas con pánico que se sienten peor al intentar estar relajadas.*

*La idea del entrenamiento respiratorio es balancear los niveles de oxígeno y dióxido de carbono. Sabiendo que en las crisis de pánico, por efecto de la hiperventilación se produce un desequilibrio entre los mismos.*

*Ejercicios:*

- *Contener la respiración, no mas de 10 a 15 seg., varias veces y en forma sucesiva.*
- *Respiración 4 x 4 (como dibujando un cuadrado) inspiro contando hasta 4, sostengo 4, exhalo 4, sostengo 4.*
- *Respiración diafragmática: La respiración lenta y profunda es un relajante natural y por lo tanto controla la activación fisiológica. Se inspira por la nariz, no por la boca, inflando el abdomen. Es una respiración baja, no alta inflando el pecho.*

*En ocasiones las reacciones iniciales al ejercicio pueden ser desagradables ya que tienen que poner atención en la respiración. Es una habilidad que se logra con la práctica, como aprender a andar en bicicleta, por lo tanto puede que no sea fácil al comienzo.*

***Para poder utilizar la relajación en las crisis y que sea exitosa, es necesario haber practicado muchas veces en estado de reposo. Será mas fácil controlarla si comienza a relajarse antes de que la ansiedad llegue a un pico máximo.***

#### **4) Exposición interoceptiva**

La exposición interoceptiva fue desarrollada por Barlow y Craske en los años 80 y consiste en generar intencionalmente las sensaciones del pánico, para descubrir a través de ellas, que son inofensivas.

Como indicación previa es importante realizar un chequeo médico.

El trabajo interoceptivo es muy efectivo si logra experimentar profundamente las sensaciones producidas. Durante los ejercicios pondrá a prueba sus pensamientos distorsionados y podrá aplicar las estrategias cognitivas aprendidas.

El objetivo es provocar las sensaciones del pánico y dejar de temerles, logrando realizar una interpretación más adaptativa de las mismas. Es conveniente comenzar por los ejercicios que resulten más fáciles hasta llegar a los más complejos. Si no puede tolerar las sensaciones deténgase y trate de volver a la exposición lo antes posible, sino estaría reforzando la evitación y de esta manera los síntomas.

En un principio los va a realizar acompañado de un profesional para ganar confianza en sí mismo para luego poder practicarlos solo. Al final se encuentran las planillas para que pueda registrar los niveles de ansiedad en cada ejercicio.

Ejercicios:

- 1) Trotar en el lugar por un minuto.
- 2) Tensionar todo el cuerpo.
- 3) Girar sobre usted mismo durante un minuto, puede hacerlo sentado en una silla giratoria. Si lo hace parado hágalo cerca de una pared para apoyarse. Camine después de girar.
- 4) Sacudir la cabeza de un lado a otro por 30 segundos hacia ambos lados con los ojos abiertos, primero lentamente y luego más rápido. Después levante la cabeza de golpe y mire derecho hacia delante por un momento.
- 5) Contener la respiración por 30 segundos.
- 6) Colocar la cabeza entre las piernas y levantarla bruscamente. Repetirlo varias veces.
- 7) Aspirar por un sorbete y respirar a través de él durante unos minutos.
- 8) Hiperventilar algunos segundos, esto lo logra respirando por la boca jadeando.
- 9) Generar calor algunos minutos. Puede hacerlo prendiendo la calefacción del auto o estufas en la casa y estar con ropa abrigada, cerrar puerta y ventanas.
- 10) Observar una mancha en la pared (2 minutos)
- 11) Observar su imagen en el espejo (1 ½ minuto)
- 12) Imaginería o visualización recordando la peor crisis de pánico visualizando todos los detalles y tratando de evocar sensaciones desagradables.
- 13) Relajación y soñar despierto. Siéntese en un lugar cómodo, relájese, permítase soñar despierto durante unos cinco minutos aprox., intente no distraerse, dejando vagar libremente su mente.
- 14) Vértigo (30 seg.) mirar por el balcón de un edificio.
- 15) Ingestión de cafeína, tomar café, mate, chocolate, el máximo efecto tarda media hora en llegar.

*Al realizar cada ejercicio complete en una hoja de registro la ansiedad que sintió antes y después del mismo. (Ver al final hoja de registro)*

### **Exposición en vivo**

*La exposición a situaciones temidas es la técnica más efectiva para la recuperación de las fobias. Hasta no enfrentarse a las situaciones y lugares reales que estaba evitando, no terminará la recuperación. Para esto es necesario aceptar que requerirá de esfuerzo e incomodidad al principio.*

*La exposición debe ser gradual (es decir, de aquellas situaciones que producen menos ansiedad a las que producen más), y prolongada (lo suficiente como para que la ansiedad baje). Si se le hace intolerable y necesita salir de la situación, es importante volver a ella lo antes que pueda. Debe ser lo mas seguido posible.*

*Los pasos a seguir son:*

- *Realizar una lista de situaciones temidas y ordenarlas según la ansiedad que generan, de menor a mayor.*
- *Revisar pensamientos negativos y su reestructuración.*
- *Comenzar por las más fáciles. Repetirlas. Luego continuar con la jerarquía.*
- *Evaluar de la manera mas realista posible lo ocurrido.*

*Por ejemplo, si el temor es a salir de su casa comience estableciendo pasos hasta lograr su objetivo: comience saliendo hasta la esquina y vaya agregando cuerdas de manera progresiva.*

*Si el miedo es ir a un supermercado, comience por ir hasta la puerta, luego volver y entrar. Vaya agregando de a poco, dar una vuelta adentro y luego recorrerlo todo. Primero puede ir acompañado, hasta lograr hacerlo solo.*

*Realice la exposición a diario, aunque tenga días mejores y peores. Es importante aprender a tolerar el malestar. Por más poco que sea lo que haga es valioso. Utilice los pensamientos positivos antes de cada exposición.*

*Reconozca sus avances y progresos y prémiese por eso.*

***La recuperación no sigue una línea recta, son esperables las recaídas, forman parte del proceso de recuperación. Cada recaída aporta un aprendizaje.***

*Cuando haya aprendido a manejar diferentes situaciones que generen una eventual posibilidad de ansiedad extrema o pánico, sin sentirla como peligrosa podemos pensar que la tarea ha finalizado.*

**PLANILLAS**

**DE**

**AUTORREGISTRO**

## **Registro diario de crisis de pánico**

*Fecha y hora:*

*Lugar en que ocurrió:*

*¿Estaba solo o acompañado?:*

*¿Fue repentina? Si – no*

*¿Cuánto tiempo duró?*

*De 1 a 10, ¿Cuál fue la intensidad?*

*¿Cómo se inició?*

*¿Qué síntomas aparecieron?:*

## **Registro de situaciones, emociones y pensamientos**

Las preguntas son orientativas y lo ayudarán a completarlo ud mismo.

<b>Situación</b>	<b>Emoción</b>	<b>Pensamiento</b>	<b>Pensamiento alternativo</b>
<i>¿Qué situaciones reales, recuerdos o sensaciones desencadenaron el ataque de pánico?</i>	<i>¿Qué pensamientos y/o imágenes pasaron por su mente?</i>	<i>¿Qué emociones sintió? ¿Con qué grado de intensidad? (0 a 10)</i>	<i>¿Cuál es la evidencia a favor y en contra de ese pensamiento?. ¿Hay alguna otra explicación posible?. ¿Qué es lo peor que podría suceder?. Si eso sucede, ¿podría soportarlo?. ¿Cuál puede ser el efecto de creer en ese pensamiento?. ¿Cuál es la alternativa más realista?.</i>



## Bibliografía

- *CIA, Alfredo (2007). "La ansiedad y sus trastornos". Manual diagnóstico y terapéutico. Polemos. Bs. As.*
- *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.*
- *Ballester y Botella (1997) Trastorno de pánico: evaluación y tratamiento. Martínez Roca. Barcelona.*
- *CIA, Alfredo. (2006) Como superar el Pánico y la Agorafobia. Polemos. Bs. As.*
- *Lazarus y Folkman (1986). Estrés y procesos cognitivos. Martínez Roca. Barcelona.*
- *Caballo, Vicente. Manual Para el tratamiento cognitivo – conductual de los trastornos psicológicos. Capítulo1 Martín Antony y D Barlow, Fobia específica.*