

Características clínicas y fenomenológicas del paciente con trastorno de pánico en Puerto Rico

Alfonso Martínez-Taboas
Universidad de Puerto Rico

Abstract

In this article the clinical profile of 28 clinical patients with panic disorder (PD) is presented. The results demonstrate that PD patients present a clinical gamut of psychophysiological symptoms which mimic cardiovascular, neurological and respiratory disease. Because the symptoms of PD are acute and cause considerable psychophysiological distress, 82% of PD patients go to an emergency room and 86% have persistent thoughts that they are dying. Before they visit a psychiatrist or a psychologist, they are usually attended by cardiologists or general medical practitioners. The results of this investigation are compared with recent studies in the United States and we found many commonalities between them.

Desde que el DSM-III (American Psychiatric Association, 1980) reconoció oficialmente en su nomenclatura al trastorno de pánico (TP) como una entidad nosológica distintiva, se han llevado a cabo innumerables estudios a nivel internacional, evaluando su adecuación como diagnóstico diferencial. A la luz de dichas investigaciones, podemos indicar que los siguientes datos han sido establecidos con bastante certeza (véase las revisiones de Barlow, 1988; Côté & Barlow, 1993; Martínez-Taboas, 1989; Rachman & Maser, 1988):

- La mayoría de las personas que sufren de TP son mujeres, con una proporción de 3:1 (Rapee & Barlow, 1993).
- Diversos estudios epidemiológicos indican una prevalencia de 6 meses de 1.2% y una

prevalencia de por vida de un 2% (Wittchen & Essau, 1991).

- Otros estudios revelan que los pacientes con TP son los que más se movilizan a los Centros de Salud Mental para buscar ayuda profesional. Esto suele explicarse debido a la severidad de los síntomas (Boyd, 1986).
- Un porcentaje mayor al 50% de estos pacientes, antes de ir al psicólogo o al psiquiatra, acuden a médicos generalistas, y como un 40% acuden a un cardiólogo pensando que su trastorno se debe a una cardiopatía (Aronson y colaboradores, 1987; Beitman y colaboradores, 1987).
- Existe evidencia creciente que deslinda experiencial y psicofisiológicamente al paciente con TP de personas con otros trastornos de ansiedad (Borden & Turner, 1989; Garvey, Noyes, Woodman & Laukes, 1993; Noyes y colaboradores, 1992).
- Se ha comprobado una relación robusta entre el síndrome de hiperventilación y los ataques de pánico (Fried, 1993; Ley, 1985; Margraf, 1993).
- La calidad de vida del paciente con TP se deteriora en múltiples niveles, teniendo incluso, una tasa alta de intentos suicidas. Este hallazgo se mantiene independientemente de la presencia o no presencia de comorbilidad (Markowitz, Weissman, Ouellette, Lish & Klerman, 1989; Noyes, 1991).
- Es común encontrar comorbilidad entre el trastorno de pánico con otras condiciones psicopatológicas (agorafobia, trastorno de personalidad dependiente, hipocondriasis, depresión mayor) (Lydiard, et al., 1994; Sanderson, DiNardo, Rapee & Barlow, 1990; Bornstein, 1993; Reich, Noyes & Troughton, 1987).
- El TP puede ser diagnosticado en niños y adolescentes, aunque su presencia es mucho más común en adultos jóvenes (Sheehan, Sheehan & Minuchiello, 1981; Moreau & Follett, 1993).

- La primacía del modelo biológico para el TP, la cual reinó durante la década de los 1970 y parte de los 1980, ha ido dando paso a otros modelos, tales como los cognoscitivos (Chappa, 1990; McNally, 1990), los conductuales (Wolpe & Rowan, 1988) y los dinámicos (Shear y colaboradores, 1993). Existe actualmente un consenso de que el TP debe ser entendido como un fenómeno con ramificaciones biopsicosociales (Ballenger, 1989).
- En la década de los 1970 y 1980, la intervención terapéutica primaria consistía de fármacos (antidepresivos, benzodiacepinas e inhibidores de MAO). Sin embargo, en los últimos 8 años, un cúmulo creciente e impactante de estudios apoyan igualmente las intervenciones de corte conductual-cognoscitivo (Clum & Borden, 1989; Craske & Barlow, 1993; Margraf, et al., 1993).
- Aunque las terapias farmacológicas y conductuales-cognoscitivas son efectivas a corto plazo, en las primeras ocurren un número substancial de recaídas al suspender el fármaco. Estudios de seguimiento con el modelo conductual-cognoscitivo revelan que las mejorías se mantienen con el tiempo (véase la revisión de Brown & Barlow, 1992; y de Martínez-Taboas, 1989).

Durante los últimos 3 años nos hemos estado especializando en el manejo psicoterapéutico de este tipo de paciente. Incluso, en el Centro de Salud Mental de la Capital hemos dirigido las sesiones de terapia de grupo, las cuales por lo general se completan en ocho a diez sesiones.

En este artículo presentaremos el perfil clínico de este tipo de paciente según lo hemos auscultado en nuestra práctica clínica. Asimismo, compararemos nuestros hallazgos con el perfil que se reporta en EE.UU..

Método

Sujetos

Comenzando en enero y terminando en diciembre de 1993, todo paciente que cumpliera con los criterios de un TP (según el

DSM-III-R) se le llenaría una planilla para recoger un perfil e historial. Durante este tiempo, 28 personas (20 mujeres y 8 hombres) cumplieron con dichos requisitos. Las edades de estos fluctuaron entre los 18 a los 54 años y el promedio fue de 28 años.

Instrumento

A la luz de la literatura existente y de nuestra experiencia clínica, creamos un instrumento en donde se auscultaban aspectos relevantes al TP. Entre ellos: síntomas durante el ataque, estresores, interpretación de los mismos, conductas de búsqueda de ayuda, tratamientos previos, historial familiar con la condición, prevalencia o ausencia de agorafobia, uso de medicamentos. Esta información se indagaba en el proceso de una entrevista clínica detallada.

Resultados

En la Tabla 1 se presentan los 13 síntomas cardinales de un ataque de pánico según enumerados en el DSM-III-R. Podrá notarse que nuestros pacientes presentan un perfil fenomenológico muy parecido al presentado por una investigación típica llevado a cabo por Barlow y colaboradores (1985).

A nivel fenomenológico, y basándonos en nuestra experiencia con por lo menos medio centenar de personas con TP, ilustraremos la severidad de dichos síntomas.

- 1) **Taquicardia**- Durante un ataque de pánico, la persona suele sentir una taquicardia casi súbita y severa. "Es como si el corazón quisiera salirse de sitio", es un comentario usual. Varias investigaciones psicofisiológicas han documentado el hecho de que en apenas 60 segundos, un corazón que latía 65 veces por minuto llega a incrementarse a 138 veces por minuto (Cohen, Barlow & Blanchard, 1985; Lader & Mathews, 1970). Debe mencionarse que en algunas investigaciones hay un pequeño porcentaje de personas que no experimentan taquicardia. Finalmente, muchas veces la persona interpreta esto como un ataque cardíaco.

Tabla 1

Promedio porcentual de síntomas endosados por 28 pacientes con TP en Puerto Rico y 17 pacientes TP en EE.UU. (Barlow y colaboradores, 1985).

Síntomas	Martínez-Taboas	Barlow
Taquicardia	100%	88%
Sensación de ahogo	96	82
Mareo	86	100
Parestesias	86	71
Malestar en el pecho	86	71
Miedo de morir	86	—
Temblor	82	94
Sofocación	82	82
Sudoración	79	94
Malestar estomacal	79	—
Miedo a perder control	75	100
Escalofríos	64	—
Despersonalización	61	94

- 2) **Disnea**- la persona tiene la sensación angustiada de que el aire no le llega a los pulmones y se siente ahogado o asfixiado. "Es como si la garganta se cerrara", comentan algunos. Para combatir esta sensación, muchos comienzan a hiperventilar por la boca, lo que, sin ellos saberlo, les agudiza más los síntomas.
- 3) **Mareo o sensación de inestabilidad**- la sensación es de un mareo inminente con temores de desfallecer. Este síntoma suele asustar mucho a la persona. Conductas tales como subir escaleras, dar vueltas súbitas o cualquier leve sensación de inestabilidad asusta mucho a estas personas.
- 4) **Parestesias**- la sensación de hormigueo o de adormecimiento en diversas partes del cuerpo, pero usualmente en las extremidades. En algunos casos estas sensaciones se complican con una tetania, lo que consiste en una parálisis o espasmo de los dedos de manos y pies.
- 5) **Dolor o molestia en el pecho**- la persona se queja de que siente hincadas o una presión

- desagradable en el pecho. Muchas veces se interpreta esto como una cardiopatía.
- 6) **Miedo a morir**- ante la presencia de los síntomas agudos e "inexplicables" enumerados en la Tabla 1, la persona desarrolla la certeza de que morirá en ese momento o que una catástrofe psicofisiológica le está ocurriendo. Particularmente típico es el pensamiento de que morirá del corazón o asfixia.
 - 7) **Temblor**- las manos, pies, la cara y otras partes del cuerpo comienzan a temblar, en ocasiones de manera descontrolada.
 - 8) **Sudoración**- la persona se percata de una profusión de sudor en su cuerpo. Nota que sus manos se tornan frías y sudorosas.
 - 9) **Molestias estomacales**- las náuseas, retortijones y gases son comunes en ese momento.
 - 10) **Miedo a la locura o a perder el control**- la persona cree que parte de sus sensaciones implican que va a perder el control delante de los demás. Inclúyase aquí: gritar, desmayarse, pedir ayuda con desesperación, correr. En un caso que atendimos, un guardia de seguridad armado se salió de su lugar de trabajo, le bloqueó la carretera a un conductor y lo obligó a que lo llevara a un hospital de emergencia. En otro caso, una secretaria ejecutiva repetidas veces abandona súbitamente su escritorio y su trabajo pensando que se volvería "loca" durante el ataque de pánico.
 - 11) **Escalofríos**- hay quejas de cambios corporales de temperatura. De momento calor y luego frío.
 - 12) **Sofocación**- la persona muestra angustia debido a que siente una humedad calurosa que no se extingue.
 - 13) **Despersonalización**- este síntoma es menos común y básicamente consiste de sentir que el cuerpo se experimenta como ajeno a uno, síntoma éste que agudiza el miedo a volverse loco en ese momento. Experiencias análogas serían no sentir el cuerpo o que la conciencia

comienza a despegarse del cuerpo.

De lo expuesto debe quedar claro que la experiencia de pánico es una sumamente angustiante, en especial cuando la persona no tiene conocimiento de lo que sucede.

En la Tabla 2 se documenta la utilización de servicios profesionales para el alivio de este trastorno. Nos llama la atención que un 93% primero consultaron a un médico generalista para esta condición. Asimismo, resalta el hecho de que un 82% fueron a la sala de emergencia durante un ataque de pánico. Típicamente, la persona va allí pensando que el ataque es cardíaco o que se está asfixiando. Revisando el perfil de cada paciente nos encontramos con que más del 60% habían acudido en más de una ocasión a la sala de emergencia. De hecho, hubo 8 pacientes que acudieron más de 10 veces a dicho lugar. Dos de ellos reportan haber sido atendidos más de 20 veces en salas de emergencias debido a sus ataques de pánico.

¿Qué típicamente sucede en la sala de emergencia? Es usual que se extraiga una muestra de sangre, se le realiza un EKG, a veces una mascarilla de oxígeno, pero al no encontrar explicación, el personal médico le inyecta al paciente una dosis de Vistaril con la explicación de que "fueron sus nervios".

En la Tabla 2 notamos también que un 54% de estas personas acudieron repetidas veces a las oficinas de cardiólogos. Luego de varios EKG el cardiólogo vuelve y repite "son sus nervios".

Tabla 2

Profesionales o servicios a los cuales el paciente con TP acudió antes de nuestra intervención.

Tipo de profesional	%
Médico generalista/familia	93
Sala de emergencia	82
EKG	79
Psiquiatra	61
Cardiólogo	54
Psicólogo	32
Neurólogo	18
EEG	11%

De esta manera es que muchos de estos llegan a un psiquiatra (61%) o un psicólogo (32%). Usualmente, el psiquiatra comienza a utilizar un régimen agresivo de psicofármacos. Los psicólogos, según nuestra experiencia, tienden a utilizar psicoterapias no-directivas y de apoyo, técnicas éstas que han mostrado ser de poca ayuda en el manejo del TP.

Por otro lado, nuestros pacientes en su gran mayoría reportan el TP desde hace más de un año, con un rango desde 2 meses hasta 25 años. El promedio se ubicó en unos 5 años con 4 meses, lo que verifica que este trastorno puede convertirse en uno crónico y severo. En cuanto al manejo farmacológico se refiere, nuestros pacientes indicaron haber tomado por receta un promedio de 3 medicamentos. El rango se extiende desde ninguno a seis. Veinte de los 28 pacientes tomaron dos o más. Los medicamentos recetados fueron muy variados: tranxene, pamelor, elavil, desyrel, tofranil, xanax, ativan, zoloff, prozac, triavil, vistaril, buspar, sinequan, valium, halción, dalmane, anafranil, librium. Los más usados fueron el xanax, el tofranil y el vistaril. Los dos primeros son recomendados como efectivos en la literatura profesional (Lydiard & Ballenger, 1988; Pollack & Rosenbaum, 1988).

En cuanto a precipitantes estresantes se refiere, en la Tabla 3 se recogen diversos eventos que se reportaron unos 6 meses antes del primer ataque de pánico. Sólo el 14% de los pacientes no reportaron un estresor interpersonal mayor en los 6 meses antes del comienzo del pánico. En muchos casos el primer pánico se presentó contingentemente con la crisis interpersonal (muerte, divorcio, pérdida del trabajo). El 32% tuvieron dos o más estresores interpersonales en este tiempo.

Finalmente, en todos los casos en que el paciente también demostraba una agorafobia encontramos que el pánico antecedió a la conducta fóbica. Esto reafirma la opinión de muchos de que el pánico usualmente antecede a la agorafobia y que esta última podría considerarse como una conducta fóbica condicionada (Klein, 1981).

Tabla 3

Tipo de estresores que los pacientes con TP informaron un poco de tiempo antes de sufrir su primer ataque de pánico.

Tipo de estresor	%
Discusiones fuertes	32
Muerte de un ser querido	29
Separación	18
Divorcio	14
Despido del trabajo	7
Mudanza	7
Aborto	4
Se quedó sin hogar	4
Operación	4
Enfermedad seria de madre	4

Conclusión

En este trabajo hemos comparado la fenomenología clínica de 28 pacientes puertorriqueños/as con TP con la reportada en otros estudios a nivel internacional. Los resultados indican que nuestros sujetos presentan un perfil clínico y fenomenológico extremadamente compatible con el documentado en otros países. Más impresionante aún, nuestros pacientes tienen la misma proclividad de atribuir sus síntomas a cardiopatías u otras enfermedades agudas de carácter grave.

Nos llaman la atención dos aspectos en particular: (a) el promedio de 5.4 años con el TP sin una minimización significativa de los síntomas; (b) el gran número de psicofármacos a que éstos han sido expuestos y el servicio casi exiguo que han ofrecido los psicólogos clínicos en el alivio y manejo de estos casos. De hecho, anecdóticamente varios pacientes nos indicaron que varios de los psicólogos que los atendían los referían al psiquiatra debido a la severidad de los síntomas.

Ante estos datos tenemos varias reacciones. En primer lugar, se puede plantear la posibilidad de que los casos que hemos atendido en nuestra práctica privada y en Salud Mental de la Capital sean particularmente severos y crónicos. Es probable que haya un número substancial de personas con TP sin tanta cronicidad y severidad. Aunque este argumento podría ser cierto, el mismo se debilita cuando tomamos en cuenta que estudios epidemiológicos revelan que la persona con TP usualmente busca

recurrentemente ayuda profesional por la severidad e incomodidad de los síntomas.

También resulta llamativo el hallazgo de que ninguno de los psicólogos que atendió a estas personas utilizó el modelo conductual-cognoscitivo como intervención psicoterapéutica. Decimos que esto resulta sorprendente ya que este modelo de intervención produce unos beneficios marcados (en más del 70% de los casos), duraderos (seguimiento de hasta 2 años) y generalizados (síntomas depresivos y agorafóbicos remiten a su vez en algunos casos sin ser tratados de manera directa). Estos hallazgos han sido confirmados en Alemania, Holanda y EE.UU.. Más aún, la literatura sobre este modelo es vastísima e, incluso, existen varios manuales detallados sobre el proceso terapéutico (Barlow & Cerny, 1988).

Si los resultados que estamos reportando se aplicaran a otras clínicas de Salud Mental (y esa es nuestra sospecha), entonces tenemos un panorama sombrío en lo que respecta al servicio que está recibiendo el paciente típico con TP. Esto se traduce a cantidades industriales de medicamentos (muchos de ellos ni siquiera son los indicados para esta condición) y modelos psicoterapéuticos que han resultado inefectivos e ineficientes en el TP (inclúyase aquí terapias de meditación, relajación, de apoyo y de corte no-directivo).

Tomando lo anterior en cuenta, hacemos las siguientes recomendaciones. En primer lugar, todo profesional que trabaje en el área de salud debe de tener al menos unas nociones básicas de las características clínicas y fenomenológicas del TP. La enorme cantidad de visitas a cardiólogos y a salas de emergencia atestiguan a que el TP suele confundirse con trastornos cardíacos y neurológicos.

En segundo lugar, los profesionales encargados de ofrecer un servicio terapéutico al paciente con TP (psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales clínicos) deben de mantenerse al corriente sobre los avances en esta temática. La utilización de seminarios y conferencias de capacitación luce imperante.

Resumiendo: el TP es un trastorno "camaleónico", que imita condiciones cardíacas, respiratorias y neurológicas. Si el paciente no entiende lo que le sucede, tendrá la tendencia a reaccionar con mucho temor, pensará que va a morir inminentemente y se precipitará a refugiarse una y otra vez en salas de emergencia o, incluso, a desarrollar conductas de evitación que pueden llegar a una agorafobia.

Es nuestro deber, como clínicos, de no solamente detectar e identificar este trastorno, sino de ofrecer un servicio psicoterapéutico que logre minimizar de manera significativa el sufrimiento y angustia que éste conlleva.

REFERENCIAS

- Aronson, T.A., Craig, T.J., Thomason, S., Logue, C. (1987). Health care utilization patterns in panic disorder and agoraphobia. Journal of Anxiety Disorders, 1, 283-294.
- Ballenger, J.C. (1989). Toward an integrated model of panic disorder. American Journal of Orthopsychiatry, 59, 284-293.
- Barlow, D.H. (1988). Anxiety and its disorders. Nueva York: Guilford.
- Barlow, D.H. & Cerny, J.A. (1988). Psychological treatment of panic. Nueva York: Guilford.
- Barlow, D.H., Vermilyea, J., Blanchard, E.B., Verilyea, B.B., DiNardo, P.A., & Cerny, J.A. (1985). The phenomenom of panic. Journal of Abnormal Psychology, 94, 320-328.
- Beltman, B.D., Basha, I.M., DeRosear, L., Flaker, G., & Mukerji, V. (1987). Comparing panic disorder uncomplicated and panic disorder with agoraphobia in cardiology patients with atypical or nonanginal chest pain. Journal of Anxiety Disorders, 1, 301-312.
- Borden, J.W., & Turner, S.M. (1989). Is panic a unique emotional experience? Behaviour Research and Therapy, 27, 263-268.
- Bornstein, R.F. (1993). The dependent personality. Nueva York: Guilford.
- Boyd, J.H. (1986). Use of mental health services for the treatment of panic disorder. American Journal of Psychiatry, 143, 1569-1574.
- Brown, T.A. & Barlow, D.H. (1992). Panic disorder and panic disorder with agoraphobia. En P.H. Wilson (Ed.), Principles and practice of relapse prevention, 191-212. Nueva York: Guilford.
- Chappa, H. (1990). Abordaje cognitivo- integrativo del pánico y la agorafobia. Revista Argentina de Clínica Psicológica, 1, 60-68.

- Clum, G.A. & Borden, J.W. (1989). Etiology and treatment of panic disorder. En M. Hersen, R.M. Eisler & P.M. Miller (Eds.), Progress in behavior modification, Vol. 24, 192-222.
- Cohen, A., Barlow, D.H., & Blanchard, E. (1985). Respiratory control as a treatment for panic attacks. Journal of Abnormal Psychology, 94, 98-101.
- Côté, G. & Barlow, D.H. (1993). Effective psychological treatment of panic disorder. En T.R. Giles (Ed.), Handbook of effective psychotherapy. (pp. 151-170). Nueva York: Plenum.
- Craske, M.G. & Barlow, D.H. (1993). Panic disorder and agoraphobia. En D.H. Barlow (Ed.), Clinical handbook of psychological disorders (pp. 1-47). Nueva York: Guilford.
- Fried, R. (1993). The role of respiration in stress and stress control. En P.M. Lehrer & R.L. Woolfolk (Eds.), Principles and practice of stress management (pp. 301-332). Nueva York: Guilford.
- Garvey, M.J., Noyes, R., Woodman, C. & Laukes, C. (1993). A biological difference between panic disorder and generalized anxiety disorder. Biological Psychiatry, 34, 572-575.
- Klein, D.F. (1981). Anxiety reconceptualized. En D.F. Klein & J. Rabkin (Eds.), Anxiety. Nueva York: Raven.
- Lader, M. & Mathews, A. (1970). Physiological changes during spontaneous panic attacks. Journal of Psychosomatic Research, 14, 377-382.
- Ley, R. (1985). Blood, breath, and fears: A hyperventilation theory of panic attacks and agoraphobia. Clinical Psychology Review, 5, 271-285.
- Lydiard, R.B. & Ballenger, J.C. (1988). Panic-related disorders: Evidence for efficacy of the antidepressants. Journal of the Anxiety Disorders, 2, 77-94.
- Lydiard, R.B., Greenwald, S., Weissman, M.M., Johnson, J., Drossman, D. & Ballenger, J.C. (1994). Panic disorder and gastrointestinal symptoms. American Journal of Psychiatry, 151, 64-70.
- McNally, R.J. (1990). Psychological approaches to panic disorder: A review. Psychological Bulletin, 108, 403-419.
- Markowitz, J.S., Weissman, M.M., Ouellette, R., Lish, J.D. & Klerman, G.L. (1989). Quality of life in panic disorder. 46, 984-992.

- Margraf, J. (1993). Hyperventilation and panic disorder: A psychophysiological connection. Advances in Behaviour Research and Therapy, 15, 49-74.
- Margraf, J., Barlow, D.H., Clark, D.M., Telch, M.J. (1993). Psychological treatment of panic: Work in progress on outcome, active ingredients, and follow-up. Behaviour Research and Therapy, 31, 1-8.
- Martínez-Taboas, A. (1989). Desorden de pánico: Conceptualización y tratamiento psicológico. Revista Latinoamericana de Psicología, 21, 137-163.
- Moreau, D. & Follett, C. (1993). Panic disorder in children and adolescents. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 2, 581-602.
- Noyes, R. (1991). Suicide and panic disorder: A review. Journal of Affective Disorders, 10, 60-65.
- Noyes, R., Woodman, C., Garvey, M., Cook, B.L., Suelzer, M., Clancy, J. & Anderson, D. (1992). Generalized anxiety disorder vs. panic disorder. Journal of Nervous and Mental Disease, 180, 369-378.
- Pollack, M.H. & Rosenbaum, J.F. (1988). Benzodiazepines in panic-related disorders. Journal of Anxiety Disorders, 2, 95-108.
- Rachman, S. & Maser, J. (1988). (Eds.). Panic: Psychological perspectives. Hillsdale: Erlbaum.
- Rapee, R.M. & Barlow, D.H. (1993). Generalized anxiety disorder, panic disorder, and the phobias. En P.B. Sutker & H.E. Adams (Eds.), Comprehensive handbook of psychopathology (2da. Ed., pp. 109-128). Nueva York: Plenum.
- Reich, J., Noyes, R., & Troughton, E. (1987). Dependent personality disorder associated with phobic avoidance in patients with panic disorder. American Journal of Psychiatry, 144, 323-326.
- Sanderson, W.C., DiNardo, P.A., Rapee, R.M., & Barlow, D.H. (1990). Syndrome co-morbidity in patients diagnosed with a DSM-III-R anxiety disorder. Journal of Abnormal Psychology, 99, 308-312.
- Shear, M.K., Cooper, A.M., Klerman, G.L., Busch, F.N., Shapiro, T. (1993). A psychodynamic model of panic disorder. American Journal of Psychiatry, 150, 859-866.

- Sheehan, D.V., Sheehan, K.E., & Minichiello, W.E. (1981). Age of onset of phobic disorders: A reevaluation. Comprehensive Psychiatry, 22, 544-553.
- Wittchen, H.U., & Essau, C.A. (1991). The epidemiology of panic attacks, panic disorder, and agoraphobia. En J.R. Walker, G.R. Norton, & C.A. Ross (Eds.), Panic disorder and agoraphobia (pp. 103-149). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Wolpe, J., Rowan, V. (1988). Panic disorder: A product of classical conditioning. Behaviour Research and Therapy, 26, 441-450.