



- ◆ Trabajo realizado por la Biblioteca Digital de la Universidad CEU-San Pablo
- ◆ Me comprometo a utilizar esta copia privada sin finalidad lucrativa, para fines de investigación y docencia, de acuerdo con el art. 37 de la M.T.R.L.P.I. (Modificación del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual del 7 julio del 2006)

# 4 Tratamiento de las fobias

---

AQUILINO POLAINO-LORENTE  
Universidad Complutense de Madrid

## 1. Introducción

El comportamiento fóbico ha estado vinculado desde siempre, de una u otra forma, a la ansiedad. Precisamente por ello, se incluyó en las décadas anteriores este tipo de alteraciones en el ámbito de la neurosis fóbica, concepto este que hoy resulta obsoleto y sin vigencia clínica alguna, habiéndosele excluido, como tal diagnóstico, en el DSM-III.

La nueva sistematización del estudio de los diferentes cuadros clínicos en los que, *in nuce*, está la ansiedad ha determinado un nuevo modo de afrontar el problema del comportamiento fóbico.

De hecho, en esta nueva sistematización, el comportamiento fóbico y los ataques de pánico han logrado diferenciarse, a pesar de que todavía hoy la presencia de agorafobia asociada a los ataques de pánico, constituya una entidad clínica independiente. No obstante, ambas alteraciones constituyen modos diferentes en que se manifiesta la ansiedad, denominador común a ambas. Esta clasificación continúa siendo sistemática. Esto quiere decir que el criterio principal que está en su base, y que ha servido para el agrupamiento de esta entidad clínica, entiende el comportamiento fóbico como un síntoma de ansiedad.

A la luz de este criterio, aparece cada vez más oscura la antigua diferenciación entre la llamada «neurosis de angustia» (Hecker, 1893; Freud, 1894) y la «neurosis fóbica» (Freud, 1926). En cualquier caso, hoy se otorga a la angustia generalizada (no vinculada a manifestaciones fóbicas) una última posición en la jerarquía diagnóstica de la ansiedad, algo así como si las manifestaciones fóbicas la precedieran y fuesen más relevantes desde el punto de vista de su intensidad y consecuencias clínicas (Tyrer, 1984).

Sea como fuere, el hecho es que el comportamiento fóbico se nos presenta, hoy como ayer, inevitablemente vinculado a la ansiedad. Aunque en algunos pacientes este tipo de comportamiento puede manifestarse independiente de cualquier otra alteración psicopatológica, sin embargo, no siempre acontece así. El comportamiento fóbico puede emerger y acompañar a la conducta psicótica, a las manifestaciones depresivas, a los síndromes comiciales, a los cuadros esquizofrénicos, etc. Esto significa que, como tal síntoma, las fobias pueden darse en la clínica asociadas

---

a otros trastornos y/o independientemente de ellos. Es decir, las denominadas «fobias monosintomáticas» no son tan frecuentes como algunos autores manifiestan.

De otro lado, el comportamiento fóbico y las manifestaciones depresivas, de una u otra forma, aparecen frecuentemente asociadas, aunque el clínico, cuando se decide a diagnosticar el comportamiento fóbico, casi siempre se desentiende de las manifestaciones depresivas. —muy poco relevantes, casi siempre— que le acompañan. En otras ocasiones, las manifestaciones fóbicas aparecen sin acompañarse de ninguna sintomatología depresiva, al menos que pueda ponerse de manifiesto a través de la pertinente exploración clínica.

Otro aspecto, un tanto opaco, consiste en las posibles relaciones existentes entre el comportamiento fóbico y el obsesivo. En algunos pacientes puede observarse un cierto continuismo entre las fobias y las obsesiones, especialmente cuando aquéllas se intensifican y cronifican sin que reciban el tratamiento oportuno. En algunos pacientes obsesivos pueden identificarse, junto a su sintomatología obsesiva, manifestaciones fóbicas más o menos intensas, pero casi siempre muy poco numerosas. El estudio de las posibles conexiones existentes entre fobia y obsesiones se contempla cada vez como más necesario, sobre todo si nos atenemos a las perspectivas preventiva y terapéutica.

Por último, la conducta fóbica muy frecuentemente se acompaña de un escaso repertorio en habilidades sociales. Aunque no se puede afirmar que la ausencia de habilidades sociales sea una constante que acompaña siempre al comportamiento fóbico, no obstante, en algunos pacientes ambas manifestaciones suelen ir cogidas del brazo. Tampoco aquí disponemos de la necesaria investigación. Es posible que la especialización que adquiere el paciente fóbico en la emisión de respuesta de evitación, condicione en cierto modo su escasez de recursos y habilidades sociales, facilitando de este modo su aislamiento social. También pudiera suceder que las habilidades para la evitación fóbica, que estos pacientes desarrollan tan fácilmente, puedan transferirse y mudarse en habilidades para la evitación social, y que, del mismo modo, su escasez de recursos a favor del autocontrol (en lo que respecta a las alteraciones fóbicas) se transfiera, o al menos facilite su falta de recursos respecto del autocontrol del comportamiento social. Cualquiera de las anteriores hipótesis —aún no suficientemente investigadas— podría tener un cierto alcance explicativo de por qué la conducta fóbica y la falta de destrezas sociales o la escasez en el repertorio de habilidades sociales de estos pacientes, en bastantes ocasiones, se presentan asociadas.

Además de estos problemas, fundamentalmente nosológicos y clínicos, el comportamiento fóbico plantea otros interrogantes —fundamentalmente de tipo etiopatogénico—, que de seguro están condicionando la eficacia de los recursos terapéuticos que en la actualidad venimos empleando. Me refiero, claro está, al modelo explicativo ofrecido respecto del comportamiento fóbico, que en la actualidad está más extendido: al supuesto carácter aprendido del comportamiento fóbico.

Obviamente este modelo etiopatogénico ha tenido un gran significado y alcance explicativo para ciertos cuadros clínicos, e incluso ha servido para la inspiración

de ciertas estrategias de intervención terapéutica. Pero, como tal modelo, no es suficientemente satisfactorio, ni para explicar la totalidad —proteiforme y versátil— de la conducta fóbica, ni mucho menos para legitimar la eficacia terapéutica generada por las estrategias de modificación de conducta. El reduccionismo explicativo en que se incurrió, a través de este modelo, en las pasadas décadas, comienza hoy a mostrar su insuficiencia, tanto etiopatogénica como terapéutica.

Nada de particular tiene que los anteriores problemas y dificultades hayan suscitado entre los psicólogos y psiquiatras no sólo puntos de vista diferentes, sino además intentos terapéuticos muy diversos a lo largo de las tres últimas décadas, de modo que sucediéndose unos a otros, hoy se nos presenta como un conjunto muy variado y complejo —de la terapia comportamental y cognitiva a la farmacoterapia— de estrategias procedimentales, cuya eficacia terapéutica diferencial entre ellas se muestra muy diversa.

En este punto es muy fácil perderse entre los resultados contradictorios comunicados por los diversos investigadores, tal y como se nos ofrecen en la bibliografía disponible.

En las líneas que siguen trataré de exponer de forma sucinta los principales recursos terapéuticos de que hoy disponemos, a este respecto, así como la eficacia que cabe esperar de ellos y las dificultades que su aplicación conlleva en el ámbito clínico; dificultades que constituyen precisamente la instancia retardadora, por donde a mi entender debiera encaminarse la investigación de estos problemas en el futuro.

## **2. Estrategias de modificación del comportamiento fóbico: entre la polisemia y la sucesión incesante**

Ciertamente, si las estrategias de modificación de conducta son hoy tan universalmente conocidas, en buena parte ello se debe a la eficacia que han demostrado tener en el tratamiento del comportamiento fóbico.

Lógicamente, las técnicas de modificación de conducta (TMC, en lo sucesivo) no se limitan únicamente a modificar la conducta fóbica. Su aplicación se extiende a numerosos comportamientos, estén éstos implicados, o no, en la clínica; pero ha sido en el tratamiento de la conducta fóbica donde probablemente mejores resultados han generado.

De otro lado, las TMC se incorporan históricamente al ámbito de la aplicación clínica, precisamente con el problema de las fobias. Fue Wolpe (1958), hace ahora casi treinta años, el que demostró que estas técnicas eran mucho más eficaces que los procedimientos psicoterapéuticos de tipo psicoanalítico, entonces al uso. A partir de él, primero alguno de sus discípulos (Lazarus, 1963) y después multitud de investigadores, han venido confirmando los resultados obtenidos por Wolpe.

Ahora bien, el empleo clínico de estas estrategias, a pesar del enorme progreso que su aplicación ha significado, tiene hoy numerosas e importantes dificultades que superar.

Me limitaré a señalar, a modo de ejemplo, las dos siguientes: la multiplicación

de conceptos más o menos polisémicos que, no obstante, son relativamente coincidentes en lo que significan, y la sucesión incesante de procedimientos correlativos, con aspectos comunes pero también con otros aspectos diferenciales, que se ha producido durante las dos últimas décadas. Este último aspecto tiene de positivo el que manifiesta la pujanza vigorosa de la investigación sobre este particular, hasta el punto de que cada vez se acorta más el tiempo transcurrido entre lo que podríamos denominar unas y otras generaciones de estrategias procedimentales. Tiene en su contra, en cambio, el hecho de que tal pluralismo resulta muy difícil de sistematizar y adecuar —según precisas indicaciones— al tratamiento de cada caso concreto. Son tantas las variables que intervienen en los diversos procedimientos terapéuticos, que resultan muy difíciles de realizar en la práctica los estudios comparativos acerca de la eficacia diferencial de dichos procedimientos.

La práctica del contracondicionamiento se ofrece desde Wolpe (1958) con el término de inhibición recíproca y supone la construcción de una jerarquía de situaciones ansiógenas, de menor a mayor, que se presentan al paciente, asociadas a la emisión mediante entrenamiento de respuestas incompatibles con la ansiedad (mediante el empleo de técnicas de entrenamiento en relajación). La inhibición recíproca de Wolpe integraba los siguientes procedimientos: exposición *in vivo* de situaciones ansiógenas, relajación, e introducción de esa exposición según un programa jerárquico previamente establecido, en función del poder suscitador de ansiedad de cada una de esas situaciones, respecto del cliente. Esta misma práctica se conoce después con el término de desensibilización sistemática, aunque también se emplea alternativamente el concepto de aproximación sucesiva. Más tarde, estas estrategias comienzan a emplearse no sólo individualmente, sino también en grupo (Gelder y col., 1967), apareciendo así la exposición grupal *in vivo*.

Por esa misma época, aparecen las técnicas de inundación (*Flooding; Reissüberflutung*), inspiradas en los trabajos experimentales de Baum (1969, 1970, 1971, 1972), que luego aplica en sujetos voluntarios Hogan-Kirchner (1967-1968). La práctica de la inundación se fundamenta en el principio psicológico de la extinción, según el cual la repetición de la exposición del estímulo condicionado (simultáneamente a que el sujeto, con o sin entrenamiento, emite respuestas incompatibles con la ansiedad), puede permitir la no asociación entre ese estímulo y la respuesta de ansiedad que con él iba asociada.

Tanto las técnicas de inundación como las de desensibilización sistemática se emplearon inicialmente con representación de estímulos ansiógenos imaginarios. A su versión inicial se sumó después la introducción de otros procedimientos, como la práctica de la hipnosis (como respuesta incompatible sustitutiva y/o alternativa al entrenamiento en relajación) y más tarde el entrenamiento en asertividad (Emmelkamp, 1979 y 1980; Clarke, 1985).

Más recientemente, se comenzó a trabajar con inundación *in vivo* en la que la exposición de la persona a estímulos fóbicos reales era mucho más prolongada (Ellis, 1979; Mathews, 1985), llegando incluso a seis horas de exposición, y empleándose individual y grupalmente. A estos procedimientos se sumaron después otros paquetes de estrategias adicionales, como la práctica reforzada y el modelamiento, el reforzamiento encubierto, la imitación simbólica y la imitación partici-

pante, la desensibilización vicaria, las técnicas de imaginación guiada o ensoñación diurna, la desensibilización cognitiva, la reestructuración cognitiva, etc.

Como puede observarse, la proliferación de todas estas técnicas ha sido gigantesca, siendo muy difícil delimitar lo que cada una de ellas añade innovadoramente a las anteriores, y llegando incluso a plantear el difícil problema de dilucidar la especificidad de las variables sobre las que inciden cada una de ellas.

Si a ello añadimos otros procedimientos alternativos no necesariamente vinculados a la psicología del aprendizaje, como la intención paradójica (Frankl, 1975), el arugamama o terapia de Morita (Kora, 1968), o el entrenamiento en prácticas estoicas, es lógico pensar que en este ámbito de las estrategias de intervención existe en la actualidad un real confusiónismo.

De otro lado, el modo de llevarse a cabo estas intervenciones también ha variado de forma muy significativa. Así, por ejemplo, se han introducido las prácticas de autoobservación, las técnicas de autoexposición o entrenamiento autodirigido, las técnicas centradas en la asistencia domiciliaria, la práctica programada mediante autoinstrucción e informaciones recogidas en libros, videgrabaciones, etc., la incorporación de paraprofesionales y/o familiares como monitores auxiliares en el entrenamiento, el registro en diarios de exposición de respuestas, la terapia de autorrealización, etc.

No resulta fácil poner orden y sistematizar cada uno de estos bloques de estrategias terapéuticas, más aún cuando los principios sistematizadores en que parecían fundamentarse estos procedimientos, hoy están siendo contestados desde los mismos resultados obtenidos por la psicología experimental.

A fin de ilustrar al lector de lo que acabo de afirmar, pasemos revista a algunas de las variables que resultan afectadas, en mayor o menor grado, en función de cuál sea la estrategia empleada.

Comencemos por los estímulos fóbicos a los que se expone el paciente. Éstos pueden ser reales o imaginarios, presentarse según una cierta jerarquía previamente establecida o no, exponerse al paciente durante un tiempo breve o prolongado, individualmente o en grupo, etc.

Algo parecido sucede si estudiamos los programas de intervención desde la cercanía o alejamiento, por parte del sujeto, al estímulo a que se expone. En unos casos podrá servir de prototipo el conflicto aproximación-evitación; en otros los resultados podrían explicarse mejor según el prototipo del conflicto evitación-evitación, etc.

La misma situación en que se lleva a cabo la exposición varía mucho de unos casos a otros, según tenga lugar de forma individual o grupal; y en esta última, en función de que la exposición fobógena sea homogénea para todas las personas de ese grupo, o se asista con otros pacientes que, por su entrenamiento previo, estén más o menos capacitados para controlar su ansiedad. En unas circunstancias la exposición la realiza el propio paciente sin la presencia de ningún terapeuta o monitor; pero en otras ocasiones está presente el terapeuta, un coterapeuta o simplemente un familiar.

El empleo de técnicas auxiliares (relajación, hipnosis, entrenamiento en aprendizaje discriminante, etc.), así como la información, explicación, motivación y

expectativas que se suscitan en el cliente, podrían modificar de modo muy importante los resultados.

El empleo de refuerzos gratificantes y de estímulos aversivos, o no, es también otra condición que ha de tenerse en cuenta.

La cronoterapia es otra variable que debe ser controlada. Hay técnicas de desensibilización rápidas y lentas, cuyo empleo es diferente, que, además, pueden hacerse más complejas en función de que los estímulos a que se expone el sujeto se ordenen jerárquicamente, o no, o se asocie su exposición al empleo, o no, de otras estrategias auxiliares y/o a psicofármacos.

El aprendizaje de modelos, de conductas de imitación, de moldeamiento y modelamiento, constituye otro bloque de variables que no debe minimizarse. El entrenamiento asertivo y la implantación de repertorios de habilidades sociales (generales o específicas, según los casos), así como las destrezas o habilidades de que el sujeto disponga, más cercana o distantemente implicadas con la conducta a modificar, constituye otra fuente de variabilidad que no debe despreciarse.

El lector que hasta aquí nos haya acompañado fácilmente comprenderá las dificultades con que nos encontramos para valorar la eficacia terapéutica diferencial generada por estos procedimientos.

A pesar de todos estos inconvenientes, no obstante, en la actualidad se piensa que la exposición *in vivo* constituye uno de los procedimientos más eficaces; pero eso también varía en función del cuadro clínico que presente el paciente.

Por citar un ejemplo de los muchos temas controvertidos sobre este particular, citaré el hecho de la exposición al estímulo real fóbico. Muchos autores coinciden en la actualidad en señalar que la real exposición del paciente al estímulo fóbico es el elemento fundamental sobre el que descansa la eficacia terapéutica de todos estos procedimientos (Gelder y col., 1967; Rachman, 1978; Bandura, 1977; Kazdin, 1978; Marks, 1978; Rachman y Wilson, 1980). Aunque en principio esta afirmación parece estar bien fundamentada, no obstante, como han señalado Silva y Rachman (1981), la exposición al estímulo fóbico no es una condición necesaria para la reducción de la ansiedad. De hecho, estos dos últimos autores han demostrado en siete pacientes que se puede obtener una disminución de la ansiedad fóbica sin exponer al cliente al estímulo fóbico. Según parece, ni siquiera este principio —que por otra parte parece ser el mejor legitimado— puede tomarse como una verdad inmodificable. De ahí que los autores cuestionen esta afirmación en el título de su artículo (*Is exposure a necessary condition for fear-reduction?*).

La mayor parte de los investigadores son coincidentes en afirmar la mayor y más pronta eficacia terapéutica generada por las técnicas de desensibilización sistemáticas frente a la psicoterapia tradicional. A pesar de ello, no obstante, en una revisión de 13 artículos, en los que se comparaban los resultados terapéuticos de las técnicas de desensibilización con los obtenidos por la psicoterapia tradicional, Zitrin (1983) (cfr. Cuadrado y col., 1986) encuentra que sólo en dos de estas publicaciones las TMC son superiores a la psicoterapia. El autor trata de justificar este hallazgo, en función de una variable que nada tiene que ver con el procedimiento utilizado: la rapidez con que el paciente es persuadido a seguir

un determinado tratamiento, así como las expectativas que el terapeuta suscite en él, variables de las que dependerá también la adherencia (*compliance*) al tratamiento.

En esta misma línea han insistido recientemente Klein y col. (1983), quienes cuestionan si las TMC y la psicoterapia tienen realmente un ingrediente específico para justificar la diferente eficacia terapéutica que cada una de ellas genera (los autores subtitulan su artículo con el siguiente interrogante: *Behavior Therapy and Supportive Psychotherapy: Are There Any Specific Ingredients?*). Los autores no encuentran diferencias significativas en la eficacia terapéutica generada por estos dos procedimientos, por lo que postulan que el elemento común a ambos no sería otro que la capacidad instigadora de dichos procedimientos para hacer efectivo el enfrentamiento del paciente al estímulo fóbico.

Sea como fuere, el hecho es que hoy se emplean más frecuentemente y con mejores resultados, según parece, las TMC que la psicoterapia tradicional, a pesar de que algunos investigadores pongan un especial énfasis en demostrar que en las TMC intervienen también ingredientes que hasta el momento han sido habitualmente adscritos a la psicoterapia tradicional.

Otra cuestión donde el tratamiento de las fobias ha hecho crisis consiste en la fundamentación teórica y experimental que se venía aduciendo como principios científicos claves sobre los que se vertebraba la fundamentación de estos procedimientos.

De hecho, el supuesto carácter aprendido de la conducta fóbica hoy está en entredicho. Así, por ejemplo, sobre el origen de la fobia a las serpientes, algunos autores consideran que este temor es innato, a pesar de que inicialmente no esté presente en el niño y éste se desarrolle en él más tarde (Marks, 1969); otros sostienen que es un temor condicionado, pero que sólo se adquiere una vez que el organismo está preparado y es vulnerable a la acción de ese condicionamiento (Selmans, 1972; Rachman, 1976); otros afirman que ese condicionamiento se desarrollaría principalmente sobre experiencias de aprendizaje observacional e instruccional (Rachman, 1977 y 1978); Rimm (1977), en cambio, considera que en la génesis de ese condicionamiento son más importantes las experiencias *in vivo* que las instrucciones y las experiencias vicarias, etc. Como puede observarse, cada investigador opta por una explicación diferente, sin que llegue a producirse una coincidencia entre ellos.

Algo parecido sucede respecto de los fundamentos que decían apoyar el empleo de la desensibilización sistemática y de la inundación. En la actualidad los fundamentos antes aducidos están en discusión. Mientras tanto, la polémica continúa sin que se llegue a ningún acuerdo.

Por poner otro ejemplo reciente, tampoco parece que exista acuerdo sobre si la eficacia terapéutica es mayor, igual o menor en las técnicas que emplean como procedimiento auxiliar el entrenamiento en relajación, que aquellas estrategias que no usan este procedimiento. El equipo de Öst y cols. (1984) ha obtenido resultados no significativamente diferentes, empleando exposición *in vivo* o relajación, en el tratamiento de pacientes con fobias a la sangre. Ambos grupos de pacientes mejoraron con la aplicación de estas técnicas, de forma aislada, y su mejoría se sostuvo



durante seis meses de seguimiento. No pudieron demostrarse diferencias intragrupo. En cambio, las diferencias entre grupos demostraron que las técnicas de exposición en vivo fueron más eficaces que la relajación, al menos en la evaluación del autoinforme de tres pacientes durante el postratamiento; sin embargo, no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos respecto de las medidas comportamentales y neurofisiológicas.

Esta investigación es relevante, por cuanto que se han empleado registros neurofisiológicos, hecho que no suele ser frecuente entre las publicaciones disponibles. Ahora bien, ni siquiera los resultados obtenidos en los registros poligráficos pueden tomarse como un criterio perfectamente establecido para la evaluación de los procedimientos modificadores del comportamiento fóbico. Lande (1982) estudió la activación fisiológica y los autoinformes de cinco pacientes fóbicos sometidos a sesiones individuales de inundación imaginaria. El autor encontró una relación curvilínea en el incremento de la activación, seguida de una disminución de la activación caracterizada por cambios en las tasas cardíaca y respiratoria y en la ansiedad subjetiva manifestada en los autoinformes. La tasa cardíaca, por ejemplo, alcanzó su nivel más alto antes que la tasa respiratoria y que la ansiedad subjetiva. La intercorrelación entre estas medidas fue significativa. La comparación entre períodos de alta y baja activación subjetiva, reveló una más importante y significativa correlación en los períodos de baja activación que en los altos, sólo respecto de la ansiedad subjetiva, en correlación con la tasa respiratoria. Estos resultados son relevantes por cuanto que en otras investigaciones del comportamiento fóbico únicamente se emplea el registro de una variable neurofisiológica, dejando fuera de foco lo que sucede en las otras variables poligráficas. Es decir, se selecciona una sola variable, común para todos los sujetos de esa investigación, suponiendo infundadamente que el comportamiento ansioso se expresa efectivamente de una forma homogénea en todos los sujetos, a través de lo que sucede en esa única variable poligráfica. Por contra, es muy posible que la activación ansiosa se manifieste en cada sujeto específica y preponderantemente a través de una variable (tasa cardíaca, respuesta psicogalvánica de la piel, EMG, etc.), mientras que apenas modifique otras variables poligráficas. De aquí que los registros poligráficos haya que emplearlos con extremada cautela y precaución, sin isomorfizar u homogeneizar, artificialmente en este punto, a todos los pacientes. La evitación de esta isomorfización forzada podría obtenerse si previamente se evaluaran las distintas variables poligráficas en cada sujeto, cuando se las expone a la presentación de un estímulo fóbico. Si esto se hiciese así, lo que obtendríamos es la línea base de la variable específica que en cada sujeto mejor manifiesta los cambios producidos por la activación ansiosa.

De esta forma —una vez que se han tenido en cuenta las cautelas antes señaladas—, el registro poligráfico es posible que pueda contribuir eficazmente a diferenciar más nitidamente la eficacia terapéutica de los distintos procedimientos utilizados, así como es posible también que le quepa desempeñar una función relevante respecto de cuál es la estrategia que posiblemente será más eficaz, en función de la especificidad del cuadro clínico que presenta el paciente.

La conducta fóbica muy frecuentemente se asocia con déficit en habilidades

sociales, por lo que recientemente se ha incorporado el entrenamiento asertivo al tratamiento de las fobias.

Emmelkamp y col. (1983) compararon la eficacia terapéutica diferencial de diversos tratamientos (exposición *in vivo*, entrenamiento asertivo y mixto), en 21 pacientes agorafóbicos no asertivos. La eficacia obtenida en la exposición *in vivo* fue mayor que en el grupo que recibió entrenamiento asertivo, respecto de la conducta fóbica estrictamente dicha. Sin embargo, el entrenamiento asertivo se mostró mucho más eficaz que la exposición *in vivo*, respecto del incremento de las habilidades asertivas. El procedimiento mixto (asertividad y exposición *in vivo*) generó unos resultados no diferenciables del grupo sometido únicamente a la exposición *in vivo*. Estos resultados apoyan en cierto modo la hipótesis de la especificidad; no se trata tanto de la especificidad sintomática, como de la correlación que puede establecerse entre el objetivo terapéutico a conseguir y el tipo de estrategia concretamente empleada para lograrlo. Pero de la especificidad terapéutica de estas estrategias me ocuparé en el siguiente apartado.

### 3. Especificidad de las TMC en el tratamiento del comportamiento fóbico: ¿Estrategias «ad casum» o intervención «in nuce»?

En la actualidad disponemos de algunos resultados, aparentemente conclusivos, respecto de la eficacia diferencial de los diversos procedimientos empleados en el tratamiento del comportamiento fóbico.

Según Emmelkamp (1982), la exposición *in vivo* parece ser más eficaz que la exposición *in vivo* asociada con la exposición en imágenes; este último procedimiento parece ser más eficaz que cuando se trabaja sólo con la exposición en imágenes.

De otro lado, siguiendo a Watson y Marks (1971) parece que con la exposición a estímulos fóbicos inespecíficos se obtiene el mismo resultado que con la exposición a estímulos fóbicos específicos. Estos resultados cuestionarían gravemente no sólo la especificidad de estas estrategias, sino principalmente la fundamentación que desde la teoría del aprendizaje se ha postulado para explicar su eficacia. Si los resultados de Watson y col. se confirman, tal vez hubiera que apelar a otras hipótesis explicativas que acaso pudiéramos denominar como generalización encubierta (de los estímulos fóbicos inespecíficos a los específicos) o transferencia sumergida (de los estímulos fóbicos específicos a los inespecíficos).

En cualquier caso hoy se reconoce como más eficaz la práctica masiva que la desensibilización sistemática.

Por otra parte, el entrenamiento en grupos —en lo que respecta específicamente al comportamiento fóbico— parece ser igual de eficaz que el tratamiento individualizado. No obstante, la primera forma de aplicación mejora más rápida e intencionalmente las habilidades sociales y el comportamiento asertivo.

Por contra, las expectativas que tenga el cliente respecto de la eficacia terapéuti-

ca —a pesar de lo comunicado por Zitrin y col. (1978)— no parecen modificar los resultados terapéuticos.

Según Mathews (1977), en la exposición jerárquica de estímulos fóbicos, cuanto más brusco sea el gradiente estimular, mayor eficacia se genera. De confirmarse este hallazgo, la desensibilización sistemática y la aproximación sucesiva se presentarían a partir de aquí como estrategias menos eficaces.

La reestructuración cognitiva ha mostrado ser menos eficaz que la exposición *in vivo* (Emmelkamp, 1979). Del mismo modo, las autoinstrucciones no parecen mejorar los resultados obtenidos con la exposición *in vivo*. Todo lo cual permite suponer que la eficacia del cognitivismo en el tratamiento del comportamiento fóbico, por el momento, es mucho más insatisfactoria que lo que cabría esperar. De hecho, la exposición a imágenes de forma estandarizada (videograbaciones) ha demostrado ser menos eficaz que la exposición a imágenes seleccionadas *ad casum*, por el terapeuta.

Alström y col. (1984) trataron 73 mujeres agorafóbicas distribuidas aleatoriamente en cuatro grupos que recibieron diversos tratamientos: entrevistas mensuales, exposición *in vivo* prolongada, terapia psicodinámica y relajación. Todas las pacientes, sin embargo, recibieron una información estandarizada, fármacos ansiolíticos e instrucciones para la autoexposición. Aunque todos los grupos mejoraron, sin embargo los dos grupos en que la eficacia terapéutica fue mayor fueron los que recibieron exposición *in vivo* y los que recibieron terapia de orientación psicodinámica. En las pacientes de este último grupo los efectos beneficiosos de este tratamiento se prolongaron mucho más que entre las pacientes de los otros grupos (período de seguimiento de nueve meses de duración). Por contra, en las pacientes del grupo que recibió exposición *in vivo* se deterioraron más los resultados obtenidos, según pudo comprobarse durante el seguimiento. El grupo de pacientes que solamente recibió relajación fue el que menos mejoró.

Por otra parte, como manifiesta Persson y col. (1984), el pronóstico de los cuatro grupos varió en función de ciertas variables, relativamente específicas para cada grupo de tratamiento. Es muy posible que estas variables puedan y deban ser tenidas en cuenta respecto de la indicación terapéutica a seguir en cada caso. Respecto del nivel de satisfacción con el terapeuta y la eficacia del tratamiento, los grupos de pacientes tratados con exposición *in vivo* y relajación fueron los que se manifestaron más satisfechos: las primeras indicaron que sus respectivos terapeutas establecían un buen contacto y les explicaron correctamente en qué consistiría la terapia; las pacientes del segundo grupo manifestaron que sus terapeutas se mostraron muy comprensivos y cálidos. Según comunican los autores (Persson y col., 1984), las diferencias entre los cuatro grupos en el modo de percibir a sus respectivos terapeutas probablemente se debieran al tiempo empleado por éstos, a sus actitudes personales y a las características específicas de cada procedimiento. Según se concluye en este trabajo, una buena relación terapeuta-cliente es de vital importancia para la eficacia de las terapias del comportamiento.

Otras variables que deben tenerse en cuenta para evaluar la eficacia terapéutica diferencial consisten precisamente en el perfil clínico específico, manifestado por los pacientes. Persson y Nordlund (1984) han encontrado diferencias significativas,

respecto de la eficacia terapéutica, entre pacientes que padecían fobias sociales y pacientes agorafóbicas.

El perfil típico de las pacientes que padecían fobias sociales estaba caracterizado por haber recibido educación superior, altas puntuaciones en inteligencia verbal y clase social alta de sus progenitores. Estas pacientes puntuaron también muy alto en agresividad no conformista. Las fobias sociales habían comenzado a una edad muy temprana.

Por contra, las pacientes agorafóbicas se caracterizaban por haber padecido síntomas neuróticos en la infancia y proceder de familias con dificultades económicas, en las que la madre trabajaba fuera de casa cuando las pacientes tenían muy poca edad. A pesar de que la severidad de ambos cuadros clínicos era aproximadamente igual, las pacientes agorafóbicas puntuaron más alto en ansiedad libre y padecieron más frecuentemente crisis de despersonalización. Las fobias sociales respondieron a la exposición *in vivo* mucho mejor que la agorafobia; esta última respondió, sin embargo, mejor a la psicoterapia de orientación dinámica.

En otro trabajo reciente, Garssen y col. (1983) han estudiado las relaciones existentes entre el síndrome de hiperventilación y la agorafobia. Una de las causas más importantes de la agorafobia, según estos autores, es el miedo a sufrir un ataque en lugares públicos, de forma inesperada, y sin que el paciente pueda atribuirlo a ningún factor en concreto. El anterior equipo de investigación estudió las posibles relaciones causales existentes entre agorafobia y el síndrome de hiperventilación. A este fin se pasó a 510 pacientes fóbicos ambulatorios el *Agoraphobia Questionnaire (AQ)* y el *Questionnaire on Somatic Complaints (sQSC)*. Alrededor del 60 por 100 de los pacientes agorafóbicos habían padecido el síndrome de hiperventilación; análogamente, el 60 por 100 de los pacientes que habían sufrido este síndrome, mostraba síntomas agorafóbicos. La mayor parte de los pacientes estudiados comunicaron que el tener miedo a padecer un ataque súbito e impredecible podía ser una razón importante que justificase su agorafobia.

Después de los resultados anteriores, es preciso concluir que las TMC son realmente eficaces para el tratamiento del comportamiento fóbico, y entre ellas, especialmente, las estrategias de exposición *in vivo*, asociadas o no a técnicas cognitivas y aplicadas de forma individual o grupal.

Esta eficacia, sin embargo, es muy difícil de fundamentar tanto en el ámbito teórico como en el clínico. Dicho de otra forma, desconocemos el núcleo específico sobre el que incide cada una de las diversas estrategias utilizadas. Probablemente esta insatisfactoria explicación de la eficacia terapéutica se deba a que desconocemos, todavía hoy, cuál es el núcleo fundante sobre el que se alza y descansa el comportamiento fóbico. Quizá por eso tampoco disponemos de indicadores específicos que nos permitan optar eficazmente por una estrategia de intervención concreta. Por el momento no podemos afirmar que con estos procedimientos intervengamos selectivamente *in nuce*, en el núcleo mismo del comportamiento fóbico.

Dado el estado actual de nuestros conocimientos sobre este particular, y dado que no se puede sostener hoy la especificidad de los diversos programas terapéuticos de que disponemos, el terapeuta tendrá que decidirse en cada caso por el

oportuno y más conveniente programa de intervención, en función de otras informaciones y características, a pesar de que éstas no sean lo suficientemente sustantivas, como sería de desear.

Esto significa que, urgido como se siente el terapeuta por resolver el problema, por ahora no tiene otra solución que decidirse por un determinado procedimiento, en función de ciertas características personales del paciente y de su respuesta inicial al tratamiento propuesto por el terapeuta (motivación, expectativas, adherencia al programa a seguir, etc.), características todas ellas inespecíficas del comportamiento fóbico.

Así, por ejemplo, las técnicas de autoexposición y el empleo de autoinstrucciones deben aconsejarse en aquellos pacientes que fácilmente desarrollan dependencia respecto del terapeuta, o no disponen de tiempo para consultar con él, o es imposible llevar a cabo el tratamiento por residir muy lejos de donde se encuentra el terapeuta.

En cambio, las técnicas de desensibilización sistemática mediante la exposición de estímulos imaginados puede ser más conveniente para aquellos pacientes que, por estar muy poco motivados por el tratamiento, tolerarían mal las técnicas de exposición *in vivo*. También, si la activación ansiosa es muy intensa, debe aconsejarse la práctica de la desensibilización sistemática, asociada al entrenamiento en relajación.

En aquellos pacientes en que por cualquier circunstancia resulta muy difícil la suscitación de imágenes fóbicas, es más conveniente la inundación en vivo.

En los pacientes jóvenes, cuyas habilidades cognitivas estén muy bien desarrolladas, puede ser aconsejable el empleo de la autoobservación, del modelamiento, del reforzamiento encubierto y de la reestructuración cognitiva.

En pacientes con un repertorio deficitario en habilidades sociales, lo aconsejable es emplear cualquiera de los procedimientos revisados, empleados en grupo, y auxiliados y enriquecidos por el entrenamiento asertivo.

Con estos escasos ejemplos he pretendido sugerir más que explicitar, de forma orientativa, cuál puede ser el camino terapéutico a seguir, en función de alguna de las circunstancias que concurren en el paciente. No obstante, cada terapeuta ha de valorar no sólo las circunstancias del paciente, sino también cuál es su nivel de especialización y familiaridad con el tipo de estrategia que frecuentemente emplea. En ocasiones, esta última variable puede ser tan relevante o más que las anteriores para la eficacia terapéutica.

Hasta aquí poco o nada he afirmado acerca del empleo de fármacos asociados o independientemente de las TMC. Sobre este particular hay hoy mucha polémica, acaso demasiada, como observaremos en el siguiente apartado.

#### **4. El enfrentamiento entre dos hipótesis**

Tradicionalmente se formularon dos hipótesis terapéuticas, relativamente enfrentadas, respecto de la eficacia que cada una de ellas generaba en la modificación del comportamiento fóbico. Obviamente, cada una de esas hipótesis estaba firme-

mente vinculada con la especialización profesional de sus detentadores. Así, los psicólogos del aprendizaje postulaban que las TMC eran mucho más eficaces que el empleo de psicofármacos; por contra, los psiquiatras sostenían una mayor eficacia con el empleo de los psicofármacos que con las TMC.

En la actualidad este enfrentamiento hipotético continúa, sólo que ahora ya no está referido tan exclusivamente a los roles profesionales de sus postuladores.

Esta vieja polémica está representada actualmente por dos grupos de investigadores: los británicos y los norteamericanos. El primer grupo está bien representado por Marks (1986); el segundo por Zitrin (1980), Sheehan (1984), Mavissakalian (1983) y Agras (1983), de las Universidades de Nueva York y Stanford, respectivamente.

Para Marks, el empleo de los antidepresivos (especialmente la imipramina) no logra modificar el comportamiento fóbico, aunque puede mejorar al paciente, precisamente por neutralizar la sintomatología depresiva que, con mayor o menor intensidad, según los casos, frecuentemente se asocia a aquél. La hipótesis de Marks es que no existen fármacos específicamente antifóbicos (un trabajo suyo publicado en 1983 lleva el siguiente título: *Are There Anticompulsive or Antiphobia Drugs?*). La eficacia terapéutica accidentalmente generada por la administración de timolépticos constituye una mejoría, siempre secundaria, resultante de la neutralización de los síntomas disfóricos que tenga el paciente, que para nada o muy poco afecta específicamente al comportamiento fóbico. En consecuencia, lo que Marks postula es el empleo de TMC, en cualquiera de sus estrategias, con tal de que todas ellas contribuyan a que el paciente se enfrente y tolere su exposición al estímulo fóbico.

Para el grupo norteamericano, la administración de antidepresivos constituye un procedimiento eficaz —aunque no exclusivo— del comportamiento fóbico. Y ello no porque estas sustancias actúen sobre la sintomatología depresiva acompañante, sino porque la imipramina y los IMAO (inhibidores de la monoaminoxidasa) obstaculizan la presentación de los ataques de pánico. De hecho, como han demostrado Zitrin y col. (1978 y 1980), los pacientes fóbicos que mejoraron tras la administración de imipramina eran precisamente los que no padecían ningún síntoma depresivo; en cambio, los pacientes fóbicos con intensos síntomas depresivos, no mejoraron su comportamiento tras la administración de imipramina. Agras (1985) ha obtenido mejores resultados con imipramina que con TMC, en pacientes que sufrían ataques de pánico sin agorafobia. Los investigadores norteamericanos son coincidentes en reconocer que el empleo de las TMC es eficaz, específicamente en el tratamiento del comportamiento fóbico, por cuanto disminuye la ansiedad anticipatoria que está en su base. Simultáneamente, son coincidentes también en señalar que los ataques de pánico son resistentes a la acción de las TMC y muy vulnerables, por contraste, a la acción de los timolépticos. Este equipo coincide también en que siempre que se den asociados la agorafobia y los ataques de pánico, el tratamiento de elección más eficaz es la combinación de psicofármacos y técnicas de exposición *in vivo*, puesto que cada uno de estos procedimientos reobra en la eficacia potencial generada por el otro. Es decir, la asociación de timolépticos y exposición *in vivo* se optimizan recíprocamente

respecto de la eficacia terapéutica que cada uno de ellos independientemente genera.

Las pautas medicamentosas aconsejadas por los investigadores norteamericanos pueden sintetizarse como sigue: debe comenzarse con la administración de timolépticos para evitar al paciente la aparición de los ataques de pánico, cuya presencia puede menguar la eficacia generada por las técnicas de exposición *in vivo*, o incluso causar el rechazo o el abandono de la terapia. La administración de estas sustancias debe establecerse de forma continuada, durante cuatro semanas, antes de comenzar con las técnicas de exposición *in vivo*. Posteriormente, ambos tratamientos se emplean de forma simultánea. Por último, para evitar recaídas al paciente, debe continuar administrándose la medicación de forma ininterrumpida, durante una duración de doce semanas.

Procediendo de esta forma, cada uno de estos procedimientos mejora la eficacia terapéutica que generaría de aplicarse independientemente, a la vez que se optimiza y abrevia el comportamiento fóbico del paciente.

## 5. Una tercera hipótesis alternativa

Ni el equipo británico ni el equipo norteamericano nos explican por qué son eficaces algunos timolépticos en el tratamiento del comportamiento fóbico, entendido éste en toda su amplitud.

Paradójicamente, por otro lado, la bibliografía disponible se limita únicamente a rendir cuentas de los efectos beneficiosos generados por tres o cuatro sustancias antidepressivas, mientras que no se explica —quizá porque no se han empleado, ni sistemática ni experimentalmente en la clínica— por qué las otras sustancias antidepressivas disponibles (en la actualidad en número muy crecido) no parecen tener una indicación terapéutica en el comportamiento fóbico, a pesar de tener efectos antidepressivos tan eficaces como las otras sustancias empleadas.

En la opinión del autor de estas líneas, podría postularse una tercera hipótesis explicativa y alternativa a las hasta aquí ofrecidas: se trata del efecto desinhibidor —y no específicamente antidepressivo— que tienen ciertos fármacos timolépticos.

Aunque la sintomatología inhibida suele acompañar a ciertos cuadros depresivos, no obstante, aquélla no es específica de éstos. La inhibición, como manifestación psicopatológica, acontece en muchos cuadros clínicos —de la esquizofrenia al tartamudeo y la enuresis—, que nada tienen que ver, precisamente, ni con la depresión ni con el comportamiento fóbico.

De otro lado, la exploración psicopatológica, y mediante escalas, de los síndromes inhibidos es todavía hoy muy insatisfactoria. Acaso por esto se diagnostiquen muy mal los cuadros clínicos en que los síntomas inhibidos son los más relevantes. A pesar de ello, la mayoría de los clínicos utilizan la imipramina con buenos resultados para combatir la sintomatología inhibida (también en la esquizofrenia y en la enuresis).

En la actualidad, disponemos de algunos fármacos desinhibidores muy poten-

tes —como, por ejemplo, la minaprina—, con los que el autor ha obtenido brillantes y rápidos resultados en el tratamiento del comportamiento fóbico, a pesar de que todavía no se haya publicado ningún artículo sobre este particular.

Las anteriores reflexiones, unidas a la experiencia clínica que el autor de estas líneas tiene, le hace postular esta tercera hipótesis explicativa: el empleo de fármacos timolépticos en el tratamiento del comportamiento fóbico es eficaz, no porque se atenúen los síntomas depresivos que supuestamente pueden acompañar a dicho comportamiento en algunos casos, sino porque actúan desinhibiendo al paciente y optimizando sus recursos para enfrentarse y afrontar más eficazmente los estímulos fóbicos, de los que depende en última instancia su conducta patológica.

Aunque en la actualidad un equipo de investigadores, dirigido por quien esto escribe, está trabajando sobre esta tercera hipótesis y los resultados finales todavía no están disponibles, es posible adelantar aquí la primicia de que los resultados parciales generados en esa investigación apoyan parcialmente la tercera hipótesis postulada.

---

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agras, S. (1985): *Panic, Facing Fears, Phobias and Anxiety*, Nueva York, W. H. Freedman and Company.
- Alstrom, J. E.; Nordlund, C. L., et al. (1984): «Effects of Four Treatment Methods on Agoraphobic Women not Suitable for Insight-Oriented Psychotherapy», *Acta Psychiatr. Scand.*, 70, 1-17.
- Alstrom, J. E.; Nordlund, C. L., et al. (1984): «Effects of Four Treatment Methods on Social Phobic Patients not Suitable for Insight-Oriented psychotherapy», *Acta Psychiatr. Scand.*, 70, 97-110.
- Bandura, A. (1977): «Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioural change», *Psychol. Rev.*, 84, 191-215.
- Baum, M. (1969): «Extinction of an avoidance response following response prevention: Some parametric investigations», *Canadian Journal of Psychology*, 23, 1.
- Baum, M. (1970): «Extinction of avoidance responding through response prevention (flooding)», *Psychology Bulletin*, 74, 276.
- Baum, M. (1971): «Avoidance training in both alcohol and non-drug states increases the resistance to extinction of an avoidance response in rats», *Psycharmacologia*, 18, 87.
- Baum, M. (1972a): «Flooding (response prevention) in rats: The effects of immediate vs. delayed flooding and of changed illumination conditions during flooding», *Canadian Journal of Psychology*, 26, 100.
- Baum, M. (1972b): «Repeated acquisition and extinction of avoidance in rats using flooding (response prevention)», *Learning and Motivation*, 3, 272.
- Clarke, J. C., y Wardman, N. (1985): *Agoraphobia a Clinical and Personal Account*, Pergamon Press.
- Ellis, A. (1979): «A note on the treatment of agoraphobics with cognitive modification versus prolonged exposure in vivo», *Behav. Restherapy*, 17, 164-165.



- Emmelkamp, P. M. G. (1979): «The behavioral study of clinical phobias», en M. Hersen, et al. (eds.): *Progress in Behavior Modification*, vol. 8, Nueva York: Academic Press.
- Emmelkamp, P. (1980): *Behavioural Treatment of Obsessive-Compulsive Patients*, ensayo para el Learning Theory Symposium, Creta, abril.
- Emmelkamp, P. M. G. (1982a): «Recent developments in the behavioral treatment of obsessive-compulsive disorders», en *Learning Theory Approaches to Psychiatry* (ed. J. Boulougouris), Nueva York: Wiley, págs. 119-128.
- Emmelkamp, P. M. G. (1982b): *Phobic and Obsessive-Compulsive Disorders*, Nueva York: Plenum Press.
- Emmelkamp, P. M. G.; Van der Hout, A., y de Vries, K. (1983): «Assertive training for agoraphobics», *Behav. Res. Ther.*, vol. 21, núm. 1, págs. 63-68.
- Frankl, V. E. (1975): «Paradoxical intention and dereflexion», en H. J. Eysenck (ed.): *New Dimensions in Psychiatry: A World Review*, Nueva York: Wiley.
- Freud, S. (1894): «The justification for detaching from neurasthenia a particular syndrome: The anxiety neurosis», en *Collected Works*, vol. 1, Londres: Hogarth Press and Institute of Psychoanalysis.
- Freud, S. (1926): «Inhibitions, symptoms and anxiety», en *Complete Psychological Works*, vol. 20 (ed. J. Strachey), Londres: Hogarth Press, págs. 87-172.
- Garsen, B.; van Veenendaal, W., y Bloemink, R. (1983): «Agoraphobia and the hyperventilation syndrome», *Behav. Res. Ther.*, vol. 21, núm. 6, págs. 643-649.
- Gelder, M. G.; Marks, I. M., y Wolff, H. (1967): «Desensitisation and psychotherapy in phobic states: A controlled enquiry», *British Journal of Psychiatry*, 113.
- Kazdin, A. (1978): *History of Behaviour Modification: Experimental Foundations of Contemporary Research*, Baltimore: University Park Press.
- Klein, D. F.; Zitrin, C. M.; Woerner, M. G., y Ross, D. C. (1983): «Treatment of phobias. Behavior therapy and supportive psychotherapy: Are there any Specific ingredients?», *Arch. Gen. Psychiatry*, 40, 139-145.
- Kora, T. (1968): «A method of instruction in psychotherapy», *Jikeikai Medical Journal*, 15, 316.
- Lande, S. D. (1982): «Physiological and subjective measures of anxiety during flooding», *Behav. Res. Ther.*, vol. 20, págs. 81-88.
- Marks, I. M. (1969): *Fears and Phobias*, Londres: Heinemann Medical and Academic Press.
- Marks, I. M. (1978a): «Behavioral psychotherapy of adult neurosis», en S. Garfield y A. E. Bergin (eds.): *Handbook of Psychotherapy and Behavior Modification*, 2.<sup>a</sup> ed., Chichester: John Wiley.
- Marks, I. M. (1978b): *Living with Fear*, Nueva York: McGraw-Hill.
- marks for phobic disorders», *Acta Psychiatr. Scand.*, 69, 296-306.
- Marks, I. M. (1983): «Are there anticomulsive of antiphobia drugs?», *Review of the Evidence. Brit. J. Psychiat.*, 143, 338-347.
- Mathews, A.; Teasdale, J., et al. (1977): «A home-based treatment program for agoraphobia», *Behav. Res. Ther.*, 8, 915-924.
- Mathews, A.; Gelder, M. G., y Johnston, D. N. (1985): *Agorafobia. Naturaleza y tratamiento*, Fontanella.
- Mavissakalian, M.; Michelson, L., y Dearly, R. S. (1983): «Pharmacological treatment of agoraphobia: imipramine versus imipramine with programmed practice», *Brit. J. Psychiat.*, 143, 348-355.
- Ost, L.-G.; Lindahl, I.-L.; Sterner, V., y Jerremalm, A. (1984): «Exposure in vivo vs. applied relaxation in the treatment of blood phobia», *Behav. Res. Ther.*, vol. 22, núm. 3, págs. 205-216.

- Persson, G.; Alstrom, J. E., y Nordlund, C. L. (1984): «Relation between outcome and the patient's initial experience of the therapist and therapeutic conditions in four treatment methods for phobic disorders», *Acta Psychiatr. Scand.*, 69, 296-306.
- Persson, G.; Alstrom, J. E., y Nordlund, C. L. (1984): «Prognostic factors with four treatment methods for phobic disorders», *Acta Psychiatr. Scand.*, 69, 307-318.
- Persson, G., y Alstrom, J. E. (1984): «Suitability for insight-oriented psychotherapy as a prognostic factor in treatment of phobic women», *Acta Psychiatr. Scand.*, 69, 318-326.
- Persson, G., y Nordlund, C. L. (1985): «Agoraphobics and social phobics: differences in background factors, syndrome profiles and therapeutic response», *Acta Psychiatr. Scand.*, 71, 148-159.
- Rachman, S. (1977): «The conditioning theory of fear-acquisition: a critical examination», *Behav. Res. Ther.*, vol. 15, 375-387.
- Rachman, S. (1978): *Fear and Courage*, San Francisco: Freedman.
- Rachman, S., y Wilson, G. T. (1980): *The Effects of Psychological Therapy*, Oxford: Pergamon Press.
- Rimm, D. C., et al. (1977): «An exploratory investigation of the origin and maintenance of phobias», *Behav. Res. Ther.*, vol. 15, 231-238.
- Sheehan, D. N. (1984): «The treatment of panic and phobic disorders», en *Clinical Psychopharmacology* (ed. J. G. Bernstein), Boston: John Wright.
- De Silva, P., y Rachman, S. (1981): «Is exposure a necessary condition for fear-reduction?», *Behav. Res. Ther.*, vol. 19, 227-232.
- Tyrer, P. (1984): «Classification of anxiety», *Brit. J. Psychiat.*, 144, 78-83.
- Watson, J. B., y Marks, I. M. (1971): «Relevant vs. irrelevant flooding in the treatment of phobias», *Behaviour Therapy*, 2, 275.
- Wolpe, J. (1958): *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*, Stanford: Stanford University Press.
- Zitrin, C. M.; Klein, D. F., y Woerner, M. G. (1978): «Behaviour therapy, supportive psychotherapy, imipramine and phobias», *Archives of General Psychiatry*, 35.
- Zitrin, C. M.; Klein, D. M., y Woerner, M. G. (1980): «Treatment of agoraphobia with group exposure in vivo and imipramine», *Arch. Gen. Psychiatry*, 37, 63-72.
- Zitrin, C. M.; Klein, D. F.; Woerner, M. G., y Ross, D. C. (1983): «Treatment of phobias. I. Comparison of imipramin hydrochloride and placebo», *Arch. Gen. Psychiatry*, 40, 153-162.