



SUCESOS VITALES ESTRESANTES Y TRASTORNO DE PÁNICO: RELACIÓN CON EL INICIO DEL TRASTORNO, LA GRAVEDAD CLÍNICA Y LA AGORAFOBIA

BONIFACIO SANDÍN¹, BALTASAR RODERO¹, MIGUEL A. SANTED¹,
y JAVIER GARCÍA-CAMPAYO²

¹Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Educación a Distancia, Madrid

²Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario Miguel Servet y Universidad de Zaragoza

Resumen: En el presente estudio examinamos (a) la incidencia y percepción del estrés psicosocial ocurrido un año antes del comienzo del trastorno de pánico (TP), (b) si el estrés se relaciona con la gravedad y curso del TP, y (c) si las categorías naturales de sucesos vitales se asocian diferencialmente al pánico y la agorafobia. El Cuestionario de Sucesos Vitales (Sandín y Chorot, 1999) y la Panic Disorder Severity Scale (Escala de Gravedad del Trastorno del Pánico) (Shear et al., 1997) fueron cumplimentados por pacientes diagnosticados de TP y participantes no clínicos (controles). Se encontraron diferencias significativas entre los sujetos clínicos y no clínicos en estrés percibido global y en las categorías de estrés relativas a salud, social, trabajo/académico y familia/hijos. Aunque el estrés psicosocial no se relacionó con la gravedad o curso del pánico tras 8 semanas de tratamiento cognitivo-conductual, la categoría de estrés psicosocial predijo significativamente la agorafobia. Se discuten los resultados a la luz de la evidencia actual sobre la relación entre el estrés psicosocial y el TP.

Palabras clave: Trastorno de pánico, agorafobia, sucesos vitales, estrés, terapia cognitivo-conductual.

Abstract: The authors examined (a) the incidence and perception of life events during the year prior to the onset of panic disorder (PD), (b) whether psychosocial stress are related to clinical severity and course of PD, and (c) whether domains of life events are differentially associated with panic and agoraphobia. The Cuestionario de Sucesos Vitales [Life Events Questionnaire] (Sandín and Chorot, 1999) and the Panic Disorder Severity Scale (Shear et al., 1997) were completed by subjects with diagnosis of PD with/without agoraphobia and nonclinical subjects (controls). There were significant differences between clinical and nonclinical subjects on general perceived life stress and on health, social, work, and family domains. Although antecedent life stress was not associated with subsequent panic severity or course of the disorder after 8 weeks of cognitive-behavior therapy, the social life stress domain predicted agoraphobia. The findings are discussed in light to the relationship between life stress and PD.

Keywords: Panic disorder, agoraphobia, life events, stress, cognitive-behavior therapy.

INTRODUCCIÓN

El trastorno de pánico (TP) constituye sin duda uno de los principales trastornos de ansiedad en

el mundo contemporáneo, tanto por su prevalencia como por su tendencia a la cronificación y gravedad (Sandín, Chorot, Valiente, Sánchez-Arribas y Santed, 2004b). Los estudios epidemiológicos recientes indican que cerca del 3% de la población ha sufrido en el último año algún TP, lo que sitúa la prevalencia de este trastorno muy cercana a otros trastornos de ansiedad de elevada prevalencia como los trastornos de ansiedad

Recibido 15 diciembre 2005; aceptado 10 mayo 2006.

Correspondencia: Bonifacio Sandín, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), Juan del Rosal 10, 28040 Madrid, España.
Correo-e: bsandin@psi.uned.es

generalizada y de estrés postraumático (Kessler, Chiu, Demler y Walters, 2005), aunque alejada de la prevalencia de otros problemas más comunes de ansiedad como los miedos y las fobias (Kessler et al., 2005; Sandín, Chorot, Valiente y Santed, 1998; Sandín, Valiente, Chorot, Santed y Sánchez-Arribas, 1999b; Valiente, Sandín y Chorot, 2002a; Valiente, Sandín, Chorot y Tabar, 2002b; Valiente, Sandín, Chorot y Tabar 2003). Además, la prevalencia del TP es muy elevada (entre el 10 y el 60%) en otros tipos de pacientes, tales como los que acuden a consultas de salud mental o los que padecen ciertas patologías orgánicas (fundamentalmente cardíacas y respiratorias) (Sandín, 2002; Sandín et al., 2004b).

Actualmente los modelos teóricos sobre la etiopatogenia del TP suelen asumir la existencia de mecanismos en los que intervienen tanto factores de predisposición o vulnerabilidad (p.ej., el afecto negativo), como los factores ambientales (p.ej., el estrés), lo cual suele ser común a la mayoría de los trastornos psicológicos y psicosomáticos (Sandín, Chorot, Lostao, Joiner, Santed y Valiente, 1999a; Sandín, 2005a; Santed, Sandín, Chorot, Olmedo, García-Campayo, 2003; Tobón, Vinaccia y Sandín, 2004; Tobón, Sandín y Vinaccia 2005). En el caso concreto de los trastornos de ansiedad, la denominada sensibilidad a la ansiedad constituye sin duda uno de los principales factores de vulnerabilidad, especialmente del TP (Chorot, Sandín, Valiente, Santed y Romero 1997; Sandín, 2005b; Sandín, Chorot, Santed y Valiente, 2002a; Sandín, Chorot, Valiente y Santed, 2002b; Sandín, Chorot, Valiente, Santed y Lostao, 2004c).

Se ha venido sugiriendo que uno de los factores ambientales más relevantes en la génesis del trastorno de pánico es la ocurrencia previa de estrés psicosocial reciente, esto es, de lo que comúnmente se conoce como sucesos vitales estresantes (p.ej., Last, Barlow y O'Brien 1984; De Loof, Zandbergen, Lousberg, Pols y Griez, 1989; Pollard, Pollard y Corn, 1989; Roy-Byrne, Geracy y Uhde 1986; para una revisión, véase Faravelli, Paterniti y Servi 1997), aunque no parece que este fenómeno sea exclusivo del TP, ya que ha sido referido también a otros trastornos de ansiedad además del propio TP (Friedman et al., 2002; Rapee, Litwin y Barlow 1990; Sandín y Chorot, 1993). Aunque actualmente sigue inves-

tigándose la relación entre el estrés psicosocial y los trastornos de ansiedad desde la óptica de la ocurrencia de sucesos vitales, el fenómeno parece gravitar más en la percepción del estrés psicosocial (i.e., estrés percibido por la ocurrencia de sucesos vitales) que en la mera frecuencia de sucesos vitales. En este sentido, se ha encontrado que los pacientes con TP (así como también los pacientes con otros trastornos de ansiedad) no difieren de los individuos no clínicos en el número de sucesos vitales experimentados (p.ej., durante el año anterior a la aparición del trastorno); estos pacientes, en contraste, sí informan haber experimentado niveles superiores de estrés (i.e., estrés percibido) asociados a dichos sucesos (p.ej., Rapee et al., 1990; Sandín y Chorot, 1993). Estos resultados, por otra parte, explican parte de la creencia común de que un mismo suceso estresante (o traumático) no afecta por igual a las distintas personas.

Aunque estos dos conceptos centrales del estrés (i.e., frecuencia de sucesos vitales y estrés percibido) han recibido bastante atención en la literatura, un aspecto asociado no menos relevante, aunque menos estudiado, tiene que ver con la consideración de diferentes modalidades de estrés psicosocial. En uno de nuestros recientes estudios encontramos que tres tipos de estrés psicosocial (i.e., estrés psicosocial asociado a sucesos de pérdida, daño y salud) se asociaban diferencial y específicamente a la ocurrencia de trastornos depresivos, de ansiedad e hipocondría, respectivamente (Sandín, Chorot, Santed y Valiente, 2004a). Algunos de estos datos han sido replicados recientemente por Eysenck et al. (2006) en un estudio de laboratorio con participantes no clínicos. Aunque esta línea de investigación constituye un aspecto de gran interés clínico y psicopatológico, son pocos los trabajos que han abordado esta cuestión de forma específica.

En línea con esta consideración diferencial del estrés (i.e., no considerar al estrés como un concepto global o general), algunos autores han relacionado diferentes áreas de estrés psicosocial con el trastorno agorafóbico. Franklin y Andrews (1989) hallaron que los agorafóbicos informaban haber experimentado mayor número de sucesos vitales relativos a la salud y relaciones interpersonales que los individuos del grupo de control. Otros estudios, referidos por Marcaurelle, Bélan-

ger y Marchand. (2003), han señalado una relación entre el TP y la ocurrencia de sucesos vitales relacionados con la salud, los conflictos interpersonales, o la pérdida. Tomados en conjunto, estos datos indican que el TP podría relacionarse de forma más o menos específica con algún área concreta de estrés psicosocial. Un problema es que estos estudios generalmente no han examinado el estrés percibido, sino únicamente la ocurrencia de sucesos vitales. Resulta coherente especular que el estrés percibido correspondiente a los diferentes tipos de estresores psicosociales podría proporcionarnos una información más consistente en este sentido. En uno de nuestros trabajos sobre el estrés psicosocial estudiamos los sucesos vitales desde las dimensiones o dominios naturales en que se producen, tales como los relacionados con situaciones de salud, trabajo, relaciones familiares, etc. (Sandín y Chorot, 1993). En concreto, en este estudio encontramos ligeras diferencias entre los distintos trastornos de ansiedad (fobia social, TP con/sin agorafobia, y trastorno de ansiedad generalizada) en la percepción del estrés asociado a algunas de estas categorías, aunque los resultados fueron escasamente concluyentes. Parece claro que se precisa mayor investigación en esta línea.

Aparte del interés que posee el estudio de la relación entre el estrés psicosocial y el TP para conocer la posible etiología de este trastorno (i.e., el inicio del TP), no menos importancia tiene el estudio de la posible influencia del estrés sobre la gravedad, así como también sobre la evolución o curso de dicho trastorno. En este sentido, cabría hipotetizar que el estrés psicosocial (p.ej., nivel de estrés percibido) debería asociarse positivamente a una mayor gravedad clínica, al igual que a un peor pronóstico (o a una mayor cronificación del cuadro clínico). Aunque apenas existen trabajos que hayan abordado específicamente esta cuestión, algunos estudios han proporcionado información preliminar al respecto.

Manfro et al. (1996) estudiaron la relación entre la ocurrencia de sucesos vitales y el curso del TP. Encontraron una asociación positiva entre la ocurrencia previa de sucesos vitales y la existencia de depresión comórbida. No había relación, sin embargo, entre haber experimentado sucesos vitales y padecer otros trastornos de ansiedad comórbidos al TP, ni tampoco con

la posterior gravedad clínica del trastorno. Friedman et al. (2002) constataron una correlación positiva entre haber experimentado sucesos vitales traumáticos durante la infancia y la gravedad clínica (comorbilidad depresiva y de otros trastornos del Eje I), en pacientes con TP u otros trastornos de ansiedad. En contraste, Albert, Maina, Bergesio y Bogetto (2005) no hallaron ninguna relación entre la ocurrencia de sucesos vitales y la gravedad del TP, entendiendo como gravedad la presencia comórbida de ataques de pánico nocturnos. Estos últimos autores partían de la hipótesis de que la experiencia de sucesos vitales debería incrementar la vulnerabilidad para padecer ataques de pánico nocturnos, en pacientes con TP; sin embargo, no encontraron diferencias significativas en estrés psicosocial entre los pacientes (trastorno de pánico) con o sin ataques de pánico nocturnos. Algunas de las inconsistencias que se observan en los estudios que han investigado la posible relación entre el estrés psicosocial y la gravedad clínica podrían deberse, al menos en parte, a que mayoritariamente estos trabajos no valoraron la percepción que los pacientes tuvieron de los sucesos vitales, limitándose generalmente a la mera estimación de la frecuencia de los acontecimientos o, a lo sumo, incluyendo algún sistema de ponderación de los eventos.

Un aspecto importante relacionado con la gravedad del TP es la presencia o no de evitación agorafóbica. El TP con agorafobia consiste en el mismo TP, pero más grave que el TP sin agorafobia¹. Resulta llamativo que aún no esté claro porqué unos individuos con TP terminen desarrollando agorafobia y otros no. Algunas hipótesis han apuntado la idea de que el desarrollo de la agorafobia podría tener que ver con expectativas de ansiedad social o con factores sociales (p.ej., Clum y Knowless, 1991; Echeburúa y Corral, 1992). En línea con estas hipótesis, Shulman, Cox, Swinson, Kuch y Reichman (1994), aunque no pudieron constatar en un grupo de pacientes con TP que la ocurrencia global de sucesos vitales se

¹ Mucho menos se conoce sobre la denominada «evitación interoceptiva», un problema que suele desarrollarse de forma común en los pacientes con trastorno de pánico, tengan o no diagnóstico de agorafobia (véase Sandín, 2005b).

asociase al nivel de evitación agorafóbica, sí encontraron que los pacientes con niveles elevados de evitación agorafóbica habían experimentado mayor número de sucesos vitales de tipo interpersonal (conflictos familiares, conflictos de pareja, y conflictos interpersonales). Estos datos son consistentes con los recopilados por Marcaurelle et al. (2003), en los que se evidencia cierta asociación entre los sucesos de tipo social e interpersonal y la agorafobia, si bien, una vez más, siguen basándose en información sobre la mera ocurrencia de sucesos vitales (se suele obviar la valoración subjetiva de los sucesos por el propio paciente). Por tanto, aunque esta línea de investigación podría clarificar algunos aspectos de la gravedad del TP (i.e., la aparición del «doble síndrome»), sin duda se precisa de nueva investigación basada preferentemente en la percepción del estrés.

Un primer objetivo del presente estudio ha consistido en examinar las diferencias en estrés psicosocial entre pacientes con TP e individuos no clínicos, considerando tanto la frecuencia de sucesos vitales como el estrés percibido. Nuestra *primera hipótesis* establece, en este sentido, que deberían existir diferencias entre los pacientes con TP y el grupo de control en las distintas variables de estrés percibido (más que en la frecuencia de sucesos vitales experimentado). Un segundo objetivo se ha centrado en el estudio de la posible implicación del estrés sobre la gravedad y curso del TP. Nuestra *segunda hipótesis* establece que el nivel de estrés percibido de los sucesos, aunque no la frecuencia, debería asociarse negativamente con la gravedad clínica y con la mejoría del cuadro clínico tras la aplicación de un programa de tratamiento cognitivo-conductual. Finalmente, mediante un tercer objetivo se ha pretendido estudiar la relación entre el estrés psicosocial y la evitación agorafóbica. A este respecto, a partir de nuestra *tercera hipótesis* postulamos que (a) los pacientes con TP con agorafobia deberían obtener puntuaciones más elevadas en estrés psicosocial percibido que los individuos con TP sin agorafobia, especialmente en determinadas áreas como la salud, la social y otras áreas interpersonales (p.ej., familia/hijos), y (b) el estrés

psicosocial percibido, en especial determinadas áreas del mismo (áreas social e interpersonales), debería ser efectivo para diferenciar a los pacientes que poseen evitación elevada (i.e., agorafobia) de los que no la tienen. Para probar estas hipótesis hemos empleado una muestra de pacientes con diagnóstico de TP (con/sin agorafobia) y un grupo de control, tal y como se describe a continuación.

MÉTODO

Diseño

Se utilizó un diseño de caso-control prospectivo constituido por dos grupos de pacientes con TP (sin y con agorafobia) y un grupo de control (individuos sin ningún trastorno). Tras el diagnóstico del paciente se evaluó el estrés psicosocial y la gravedad del trastorno de pánico. Posteriormente, cada paciente fue sometido a un periodo de tratamiento cognitivo-conductual de 8 semanas. Al finalizar este periodo se evaluó de nuevo la gravedad del trastorno de pánico.

Participantes

La muestra clínica estuvo constituida por pacientes ambulatorios que acudían por primera vez a consulta de salud mental en el Hospital Miguel Servet de Zaragoza y por un grupo de control ($N = 68$). Los pacientes habían sido diagnosticados de TP sin agorafobia ($n = 22$), o TP con agorafobia ($n = 27$). Los pacientes fueron excluidos del estudio si presentaban cualquier otro trastorno psicológico o médico. El grupo de control ($n = 19$) estaba formado por individuos libres de cualquier tipo de trastorno médico o psicológico. Los grupos estaban aproximadamente equiparados en edad, sexo, nivel educativo, nivel socioeconómico, estado civil y ocupación. La $M \pm DT$ de edad del grupo de TP sin agorafobia fue de $31,6 \pm 9,7$; 12 (54,5%) eran mujeres. La $M \pm DT$ de edad del grupo de TP con agorafobia fue de $27,3 \pm 7,7$; 16 (59,3%) eran mujeres. La $M \pm DT$ de edad del grupo de control fue de $29,3 \pm 9,0$; 11 (57,9%) eran mujeres.

Instrumentos de evaluación

Cuestionario de Sucesos Vitales (CSV; Sandín y Chorot, 1999). Consiste en una relación de 65 sucesos vitales estresantes a los que el sujeto debe contestar indicando el grado de estrés según una escala de 1 (nada o muy poco) a 4 (muchísimo), para aquellos sucesos experimentados durante el último año (los ítems 46, 61 y 64 no fueron considerados por ser irrelevantes para el presente estudio). Los participantes estimaron cada suceso experimentado durante el año anterior al inicio del trastorno. El CSV permite obtener puntuaciones totales de frecuencia de sucesos vitales y estrés percibido, así como también puntuaciones relativas a las siguientes 8 dimensiones: *salud* (p.ej., enfermedad prolongada que requiere tratamiento; 7 ítems), *social* (p.ej., problemas con vecinos; 6 ítems), *finanzas* (p.ej., fracaso en algún negocio importante; 4 ítems), *trabajo/académico* (p.ej., cambio de lugar de trabajo; 11 ítems), *amor/matrimonio* (p.ej., divorcio o separación; 12 ítems), *familia/hijos* (p.ej., nacimiento de un niño; 12 ítems), *legal* (p.ej., problema legal grave que puede terminar en prisión; 6 ítems), y *residencia* (p.ej., reformas en la casa; 4 ítems). En relación con estas dimensiones, únicamente se consideró el estrés percibido (no la frecuencia).

Panic Disorder Severity Scale [Escala de Gravedad del Trastorno de Pánico] (PDSS; Shear et al., 1997; versión española validada por Bulbena y Martín Santos, 1992). Es una entrevista clínica breve semiestructurada diseñada para evaluar la gravedad global del trastorno de pánico experimentada durante el último mes. Incluye 7 ítems que evalúan, respectivamente, los siguientes aspectos: (1) frecuencia de ataques de pánico, (2) malestar durante los ataques de pánico, (3) ansiedad anticipatoria asociada a nuevos ataques, (4) miedo/evitación agorafóbica, (5) miedo/evitación interoceptiva, (6) deterioro/interferencia laboral debido al TP, y (7) deterioro/interferencia social debido al TP. Cada uno de estos ítems es estimado por el clínico en un rango entre 0 (no manifestación del problema) y 4 (manifestación extrema).

Procedimiento

Los pacientes fueron preseleccionados al asistir por primera vez a consultas externas del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza, generalmente remitidos por los servicios de atención primaria. Tras un breve screening, fueron seleccionados los pacientes diagnosticados de TP con o sin agorafobia a partir de la entrevista para el diagnóstico de los trastornos de ansiedad ADIS-M (Valiente et al., 2003). La ADIS-M es una entrevista estructurada diseñada primariamente para el diagnóstico de los trastornos de ansiedad según los criterios del DSM-IV (APA, 1994). Los casos fueron diagnosticados por el cuarto autor (J.G.-C.); los casos dudosos fueron diagnosticados por consenso entre los autores. La entrevista PDSS fue aplicada a continuación de la ADIS-M. Finalmente, también durante la primera sesión, cada paciente cumplimentó el CSV. Posteriormente cada paciente fue incorporado a un programa de tratamiento cognitivo-conductual del TP. Consiste en un programa de tratamiento del TP de 8 semanas basado en el programa de Craske et al. (2000). Tras la 8ª semana de tratamiento, se aplicó de nuevo a cada paciente la entrevista PDSS. Los participantes del grupo de control fueron seleccionados a partir de individuos no relacionados familiarmente con los pacientes, generalmente consistían en trabajadores del hospital, amigos o conocidos de estos, y estudiantes universitarios. Se obtuvo el consentimiento informado de todos los sujetos, los cuales decidieron participar voluntariamente en la investigación.

RESULTADOS

Diferencias entre los grupos en la experiencia de estrés psicossocial

Para examinar las posibles diferencias entre los grupos se estableció un diseño estadístico de análisis de varianza (ANOVA) de un factor (grupos), en principio para aplicar a cada una de las variables dependientes (frecuencia de sucesos vitales, estrés percibido total, y las 8 dimensiones de estrés percibido del CSV) (véase la Tabla 1). No

Tabla 1. Medias y desviaciones típicas (entre paréntesis) de frecuencia de sucesos vitales y estrés percibido en los diferentes grupos de sujetos (trastorno de pánico sin agorafobia, TPS; trastorno de pánico con agorafobia, TPA; y grupo de control)

Variables de estrés psicosocial (CSV)	Grupos de sujetos			F (2,67)
	TPS (n = 22)	TPA (n = 27)	Control (n = 19)	
Frecuencia total de SV (0-62)	9,6 (2,6)	9,2 (2,4)	8,5 (2,1)	1,08
Estrés percibido total (0-248)	31,7 ^a (11,9)	32,9 ^a (9,2)	18,7 ^b (9,5)	13,68***
Dimensiones de estrés percibido:				
Salud (0-28)	7,2 ^a (4,7)	7,1 ^a (4,4)	3,3 ^b (2,7)	4,83**
Social (0-24)	5,6 ^a (5,4)	7,1 ^a (4,5)	3,2 ^b (2,4)	4,44*
Financias (0-16)	1,4 (2,0)	0,9 (1,5)	1,7 (2,1)	1,34
Trabajo/Académico (0-44)	6,5 ^a (5,6)	5,3 ^a (4,7)	2,5 ^b (4,7)	3,87*
Amor/Matrimonio (0-48)	2,5 (2,3)	3,2 (3,3)	2,7 (2,5)	0,31
Familia/Hijos (0-48)	6,2 ^a (4,0)	6,2 ^a (5,0)	2,7 ^b (3,1)	4,41*
Legal (0-24)	1,0 (1,6)	1,7 (2,2)	1,0 (2,6)	$\chi^2(2) = 3,31$
Residencia (0-16)	1,2 (1,7)	1,7 (2,3)	1,4 (2,2)	$\chi^2(2) = 0,34$

Nota. Los grupos cuyas medias comparten superíndice significa que no difieren entre sí al nivel del 0,05 (prueba post-hoc de Bonferroni). Para las variables Legal y Residencia se calculó la prueba χ^2 no paramétrica de Kruskal-Wallis. CSV = Cuestionario de Sucesos Vitales; SV = sucesos vitales. Para cada variable se indica entre paréntesis el rango de valores posibles. * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$.

obstante, dado el limitado número de sujetos, previo a los análisis de varianza se calculó para cada variable dependiente la prueba de Kolmogorov-Smirnov, con objeto de determinar si los datos se distribuían normalmente. Se constató que los datos de todas las variables poseían una distribución normal, excepto los correspondientes a las variables Legal ($Z = 2,0$, $p < 0,05$) y Residencia ($Z = 1,5$, $p < 0,05$). Por tanto, para estas dos variables, en lugar del diseño de ANOVA se aplicó la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis. Los datos obtenidos a partir de estos dos tipos de análisis están indicados en la Tabla 1.

Como puede apreciarse en dicha tabla, a partir de los datos de los ANOVA únicamente había diferencias significativas entre los grupos para algunas variables de estrés percibido (i.e., Estrés percibido total, Salud, Social, Trabajo/Académico, y Familia/Hijos). No había diferencias entre los grupos en la frecuencia de sucesos vitales experimentados por los sujetos. Tampoco obtuvimos diferencias significativas para las dos variables en las que se aplicó la prueba de Kruskal-Wallis. Con objeto de examinar qué grupos diferían entre sí, en aquellas variables en que la F resultó significativa se aplicó la prueba post-hoc de Bonferroni ($p < 0,05$); esta prueba corri-

ge el error Tipo I que se produce cuando se efectúan comparaciones múltiples. Tal y como se indica en la Tabla 1, para todas estas variables existían diferencias significativas entre los grupos clínicos y el grupo de control, pero los dos grupos clínicos no diferían entre sí.

El estrés psicosocial como predictor de la gravedad y curso del TP

La hipótesis sobre la predicción de la gravedad global del TP presenta dos facetas. Por una parte, se refiere a la posible asociación entre el estrés psicosocial y la gravedad global pre- y post-tratamiento. Por otra, implica la posibilidad de que el estrés pueda predecir la respuesta al tratamiento (p.ej., el cambio en la gravedad del TP).

Para probar el primer componente de la hipótesis se aplicaron cuatro diseños de análisis de regresión lineal. Mediante los dos primeros diseños pretendíamos probar que el estrés psicosocial [frecuencia de SV y percepción total del estrés (primer diseño), o la percepción del estrés en cada una de las 8 dimensiones (segundo diseño)] era predictor del nivel de PDSS-pre (total). Mediante los dos restantes diseños pretendíamos probar que

el estrés psicosocial [frecuencia de SV y percepción total del estrés (tercer diseño), o la percepción del estrés en cada una de las 8 dimensiones (segundo diseño)], controlando el efecto del PDSS-pre, era predictor del nivel de PDSS-post (total). En los cuatro diseños se aplicó el método de regresión de introducir. En ningún caso encontramos que las variables de estrés psicosocial predijeran las puntuaciones de gravedad del TP (pre- o post-tratamiento). Las correlaciones de las variables de estrés variaron entre 0,02 y 0,18 con las variables de gravedad del TP pre-tratamiento, y entre 0,03 y -0,20 con las variables post-tratamiento.

Con objeto de examinar el segundo aspecto de la hipótesis (predicción del cambio terapéutico; i.e., diferencia entre PDSS-pre y PDSS-post), previamente se analizó la efectividad del programa de tratamiento cognitivo-conductual. En la Tabla 2 se indican los valores pre-post de gravedad del TP (PDSS-pre y PDSS-post), y los resultados de la aplicación de la prueba de *t*. Puede apreciarse en la tabla que el tratamiento fue efectivo para reducir significativamente todas las variables de gravedad del TP (en todos los casos la prueba de *t* resultó ser estadísticamente significativa). Adicionalmente calculamos el estadístico *d* (Cohen) para examinar la magnitud del efecto en cada una de las variables de la PDSS (véase la Tabla 2). Para la interpretación de los valores del tamaño del efecto obtenidos puede utilizarse el siguiente criterio (Cohen, 1988): 0,2-0,5 = pequeño, 0,5-0,8 = medio, y > 0,8 = grande. Como puede observarse en la tabla, la mayor parte de los tamaños del efecto son elevados (superiores a 0,80), y en ningún caso inferiores a

0,5. Esto sugiere que el tratamiento cognitivo-conductual fue efectivo para reducir todas las variables de gravedad del TP, incluida la valoración global de gravedad (PDSS-total).

Posteriormente se llevaron a cabo dos diseños de análisis de regresión lineal, en ambos la variable dependiente fue el cambio pre-post (PDSS-pre menos PDSS-post). En el primer diseño, las variables independientes fueron las dos variables globales de estrés (frecuencia total de SV y estrés percibido total). En el segundo diseño, las variables independientes fueron las 8 categorías de estrés psicosocial percibido. En ambos casos se empleó también como variable independiente el nivel pre-tratamiento de gravedad del TP (PDSS-pre), con objeto de controlar el posible efecto de esta variable en la predicción del cambio terapéutico. En los dos diseños se aplicó un método de regresión jerárquica; primero se incluyó en la ecuación la variable PDSS-pre, y posteriormente las restantes variables independientes. Los resultados de estos dos análisis están indicados en la Tabla 3.

Como se indica en dicha tabla, entre las dos variables generales de estrés psicosocial sólo el estrés percibido resultó efectivo para predecir la respuesta al tratamiento, más allá de la predicción de la propia variable de pre-tratamiento de gravedad del TP (incrementó la varianza en un 10%; varianza total = 24%). En relación con los datos del segundo diseño de regresión, entre las distintas categorías de estrés psicosocial percibido, sólo la variable Social proporcionó un porcentaje de varianza significativo (15%) por encima de la varianza explicada por el nivel pre-tratamiento de gravedad del trastorno de pánico (varianza total = 0,29).

Tabla 2. Medias y desviaciones típicas (entre paréntesis) de gravedad del TP antes (pre-) y después (post-, 8 semanas) del tratamiento cognitivo-conductual

Variables PDSS	Pre-tratamiento	Post-tratamiento	Diferencia pre-post	Tamaño del efecto (<i>d</i>)
Frecuencia de ataques de pánico (0-4)	1,74 (0,85)	0,81 (0,83)	0,93 (0,89)	6,73*** 1,05
Malestar ataques de pánico (0-4)	3,22 (0,88)	1,49 (1,30)	1,73 (1,30)	8,50*** 1,33
Ansiedad anticipatoria (0-4)	2,15 (0,82)	1,39 (0,97)	0,76 (0,91)	5,28*** 0,84
Miedo/evitación agorafóbicos (0-4)	2,22 (0,93)	1,15 (1,06)	1,07 (1,17)	5,87*** 0,92
Miedo/evitación interoceptivos (0-4)	1,40 (0,83)	0,79 (1,02)	0,61 (1,01)	3,96*** 0,61
Deterioro/interferencia laboral (0-4)	2,00 (1,37)	1,22 (1,42)	0,78 (1,37)	3,65*** 0,57
Deterioro/interferencia social (0-4)	1,92 (1,03)	1,05 (1,11)	0,88 (1,28)	4,36*** 0,69
PDSS-total (0-28)	14,26 (4,67)	7,62 (5,91)	6,64 (5,31)	8,38*** 1,25

Nota. PDSS = Panic Disorder Severity Scale. *d* = estadístico de Cohen. Para cada variable se indica entre paréntesis el rango de valores posibles. *** $p < 0,001$.

Tabla 3. Análisis de regresión múltiple jerárquica. Predicción incremental del cambio terapéutico (PDSS-pre menos PDSS-post) a partir del estrés psicosocial, controlando el efecto del TP antes del tratamiento (PDSS-pre)

Bloque	Variable independientes	ΔR^2	Beta	t	r parcial
<i>Estrés psicosocial general:</i>					
1	PDSS-pre	0,14	0,37	2,77**	0,37
2	Estrés percibido total	0,10	0,48	2,19*	0,31
<i>Dimensiones de estrés percibido:</i>					
1	PDSS-pre	0,14	0,37	2,77**	0,37
2	Social	0,15	0,35	2,23*	0,34

Nota. Las variables independientes están agrupadas según su pertenencia a cada uno de los dos diseños de regresión efectuados. PDSS = Panic Disorder Severity Scale. * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$.

El estrés psicosocial como predictor de la evitación agorafóbica

Finalmente, en la última hipótesis pronosticábamos que el estrés psicosocial debería predecir la evitación agorafóbica, considerando que ésta constituye una faceta importante de gravedad del TP. Para poner a prueba esta hipótesis llevamos a cabo dos análisis de regresión logística. La variable dependiente fue, en ambos análisis, la variable dicotómica presencia vs. ausencia de agorafobia. Las variables independientes fueron las dos variables globales de estrés psicosocial (primer análisis) o las 8 categorías de estrés psicosocial percibido (segundo análisis) (véase la Tabla 4). En el primer análisis, ninguna de las dos variables de estrés resultó significativa para predecir la agorafobia. En el segundo análisis, únicamen-

te la variable Social predijo significativamente el diagnóstico de agorafobia [tasa de probabilidad (*odds ratio*) = 1,2]. Puede observarse que, de acuerdo con esta tasa, el incremento de la posibilidad de ocurrencia de agorafobia asociada al estrés es escasa, y se asocia únicamente al estrés relativo a estresores de tipo social.

DISCUSIÓN

En este trabajo hemos estudiado la posible implicación del estrés psicosocial en el comienzo y curso del TP. Los tres objetivos centrales del estudio se referían al papel del estrés psicosocial (a) como agente asociado a la precipitación del TP, (b) como predictor de la gravedad y/o curso del TP, y (c) como factor asociado a

Tabla 4. Predicción de la evitación agorafóbica a partir del estrés psicosocial. Análisis de regresión logística (método introducir)

VARIABLES INDEPENDIENTES	B	Wald	OR (IC 95%)
<i>Estrés psicosocial general:</i>			
Frecuencia total de SV	-0,28	2,1	0,8 (0,5-1,0)
Estrés percibido total	0,10	2,0	1,1 (1,0-1,2)
<i>Dimensiones de estrés percibido:</i>			
Salud	0,05	0,3	0,9 (0,8-1,1)
Social	0,15	3,9*	1,2 (1,0-1,3)
Financias	-0,27	1,9	0,8 (0,5-1,1)
Trabajo/Académico	0,03	0,1	1,0 (0,8-1,1)
Amor/Matrimonio	0,19	2,9	1,2 (0,9-1,6)
Familia/Hijos	0,05	0,5	1,0 (0,9-1,2)
Legal	0,30	2,3	1,3 (0,9-1,9)
Residencia	0,27	2,4	1,3 (0,9-1,8)

Nota. Las variables independientes están agrupadas según su pertenencia a cada uno de los dos análisis de regresión logística efectuados. B = coeficiente de regresión logística. SV = sucesos vitales. OR = *odds ratio* (tasa de probabilidad); entre paréntesis se indican los intervalos de confianza (IC) del 95%. * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$.

la evitación agorafóbica. Los datos proporcionan apoyo parcial a estos objetivos.

En relación con el primer objetivo, nuestros resultados apoyan la hipótesis de que el desarrollo del TP parece asociarse de forma más significativa a la percepción de estrés psicosocial que a la mera ocurrencia de sucesos vitales potencialmente estresantes. En este sentido, aunque todavía se sigue defendiendo que la frecuencia de agentes estresantes constituye un factor precipitante o de riesgo para sufrir TP (p.ej., Manfro et al., 1996; Shulman et al., 1994) y otros trastornos de ansiedad (Sandín et al., 2004a), los resultados del presente estudio indican que no existen diferencias entre los pacientes con TP y los individuos del grupo de control en el número de sucesos estresantes experimentados. Este resultado es consistente con los datos de otros estudios (p.ej., Rapee et al., 1990; Sandín y Chorot, 1993) que únicamente han constatado una implicación significativa del estrés percibido. Así pues, salvo cuando se trata de sucesos extremadamente traumáticos (p.ej., abuso físico o sexual) (p.ej., Friedman et al., 2002), la frecuencia como tal de sucesos estresantes no parece ser un factor que se asocie de forma consistente a la ocurrencia del TP. Es posible que la discrepancia entre unos autores y otros sobre este aspecto se deba a la mayor o menor inclusión en el estudio de sucesos altamente traumáticos.

Aunque la investigación al respecto es aún escasa, algunos estudios han apuntado la posibilidad de que el estrés psicosocial pueda estar implicado en la gravedad y/o curso del trastorno de pánico (Albert et al., 2005; Friedman et al., 2002; Manfro et al., 1996). Los resultados del presente estudio son inconsistentes con la hipótesis de que el estrés psicosocial pueda estar relacionado con la gravedad del TP. No obstante, en línea con nuestros datos cabría afirmar que la evidencia en la literatura sobre esta cuestión es poco conclusiva y no justifica afirmar que el estrés psicosocial sea un buen predictor de la gravedad del TP. Por ejemplo, aunque Friedman et al. (2002) constataron cierta conexión entre el estrés traumático (historia de abuso físico o social) y la gravedad clínica en pacientes con TP, los estudios basados en estrés reciente proporcionan escaso (Manfro et al., 1996) o nulo (Albert et al., 2005)

apoyo a esta hipótesis. Nuestros resultados basados en estrés reciente «percibido» tampoco apoyan tal hipótesis.

Una alternativa podría consistir en que el estrés psicosocial reciente pudiera predecir la respuesta al tratamiento del TP. Empleando como marco de referencia la aplicación de un programa de tratamiento cognitivo-conductual, hemos encontrado que el estrés reciente percibido total predice significativamente el cambio terapéutico (cambio pre-post en la gravedad del TP), controlando el efecto del nivel de gravedad pre-tratamiento. Resultados similares obtuvimos con el estrés percibido de tipo social, aunque ninguna otra categoría de estrés percibido resultó significativa para predecir dicho cambio tras controlar el valor pre-tratamiento de gravedad del TP. Puesto que la predicción es de tipo positivo (un mayor estrés predice mayor reducción), estos resultados parecen, en principio, contrarios a nuestra hipótesis, ya que habíamos predicho una relación negativa entre el estrés psicosocial y el cambio terapéutico. Aunque algunos estudios (p.ej., Noyes et al., 1993; Wade, Monroe y Michelson, 1993) han constatado una asociación negativa entre el estrés psicosocial y el resultado terapéutico en el tratamiento del TP, resulta difícil comparar nuestros datos con estos estudios debido a importantes diferencias metodológicas. Así por ejemplo, Noyes et al. (1993) encontraron que ciertos sucesos vitales relativamente traumáticos, como el divorcio o la pérdida de algún familiar por muerte, se asociaban a un peor pronóstico 7 años después del tratamiento. Así mismo, de acuerdo con Wade et al. (1993) el estrés crónico se relacionaba con menores beneficios terapéuticos al finalizar un programa de tratamiento del TP. Estos estudios difieren del nuestro, aparte de otras cosas, en que el resultado terapéutico se evaluó a muy largo plazo (estudio de Noyes et al., 1993) en lugar de al finalizar el tratamiento (nuestro estudio), y en que se trataba de estrés crónico (estudio de Wade et al., 1993) en lugar de estrés reciente (nuestro estudio).

El hecho de que el nivel de gravedad pre-tratamiento sea efectivo para predecir la cantidad de cambio terapéutico sugiere que el programa de tratamiento produce mayores beneficios (i.e., mayor magnitud del cambio) en los individuos con mayor grado de perturbación asociada al TP

(número de ataques de pánico, ansiedad anticipatoria, etc.). Puesto que el estrés percibido predice dicho cambio de forma similar, cabría pensar, en línea con el concepto clásico del estrés reciente (p.ej., Holmes y Rahe, 1967), que la acumulación de estrés implica también mayor perturbación. En cualquier caso, y aunque esta cuestión deberá ser estudiada en futuros estudios, no parece que el estrés psicosocial (i.e., sufrido por los pacientes antes del tratamiento) ejerza su efecto sobre el cambio terapéutico a través de un incremento de la gravedad del TP, ya que no hemos encontrado correlación entre el estrés y la gravedad pre-tratamiento del TP.

Finalmente, considerando que el TP con agorafobia constituye una condición clínica más grave que el TP sin agorafobia, habíamos hipotetizado que el estrés psicosocial debería ser más elevado en los pacientes con TP y agorafobia que en los pacientes sin agorafobia; y en este sentido ser efectivo para predecir la agorafobia y, por tanto, para diferenciar entre ambos grupos clínicos. Sin embargo, los datos sólo proporcionan información limitada en apoyo de esta hipótesis. En primer lugar, hemos visto que no existían diferencias en las puntuaciones medias en estrés psicosocial entre ambos grupos clínicos (aunque sí entre estos grupos y el grupo no clínico). Estos datos vienen a indicar de nuevo que no parece haber relación entre la gravedad del cuadro clínico y el nivel de estrés psicosocial. Por otra parte, cuando examinamos la posible capacidad predictiva del estrés psicosocial para diferenciar entre los dos síndromes, constatamos que únicamente la dimensión social del estrés predecía significativamente la existencia o no de agorafobia, aunque la capacidad predictiva resultó limitada dado el valor de la odds ratio (= 1,2) (véase la Tabla 4) y el porcentaje correcto de clasificación (70%).

Aunque la evidencia obtenida es limitada, merece la pena valorar la posible relevancia de las dimensiones de estrés psicosocial. En primer lugar, la consideración separada de estas dimensiones tiene un interés clínico indudable de cara a conocer las áreas en las cuales el paciente ha experimentado un mayor grado de estrés. Aunque la obtención de una puntuación global de estrés pueda ser necesaria, la valoración en cada una de las dimensiones naturales

puede servirnos para conocer las principales fuentes de estrés en un individuo determinado. Además, y como en el caso que nos ocupa, podría proporcionarnos información psicopatológica relevante para conocer la relación entre el estrés y el TP, así como también entre el estrés y otros problemas psicopatológicos (Eysenck et al., 2006; Sandín et al., 2004a). Como se desprende de nuestros datos, no todas las dimensiones de estrés psicosocial parecen asociarse por igual al TP. Así, mientras que se dan claras diferencias entre los pacientes y los controles en las dimensiones de salud, social, trabajo/académico y familia/hijos, no existen diferencias entre los grupos para el resto de dimensiones (finanzas, amor/matrimonio, legal y residencia), puntuando de modo similar los pacientes y los sujetos no clínicos. Podría ocurrir, o bien que simplemente son dimensiones en las que el estrés tiene menor impacto, o que el estrés que se genera a través de estas vías posee menor grado de especificidad con el desarrollo del TP. Los datos parecen indicar más bien lo primero, considerando los bajos valores en estas dimensiones (similares a los del grupo de control). Por lo demás, los datos son consistentes con los publicados por otros autores (Franklin y Andrews, 1989; Shulman et al., 1994), los cuales sugieren que los sucesos vitales relacionados con la salud, los conflictos interpersonales y de separación o pérdida, se asocian de forma más significativa con la aparición del TP.

No obstante, retomando la idea de que los distintos tipos de estrés pudieran relacionarse diferencialmente con los trastornos psicopatológicos, nuestros datos proporcionan cierto apoyo a esta hipótesis, ya que, de acuerdo con el análisis de regresión logística, el estrés de la categoría social resultó efectivo para diferenciar los dos síndromes de TP. Los datos sugieren, así mismo, que tal tipo de estrés podría facilitar el desarrollo de la agorafobia. Aunque aún no están claros los mecanismos por los que unos pacientes con TP desarrollan agorafobia y otros no, parece que los factores sociales podrían desempeñar un papel importante en este sentido (Clum y Knowless, 1991; De Jong y Bouman, 1995; Echeburúa y Corral, 1992). Aunque es probable que la dimensión social de la sensibilidad a la ansiedad (véase Sandín et al., 2004c) juegue un papel más

decisivo a este respecto, no es descartable, y así lo confirman los datos de este estudio, que el estrés el estrés psicosocial asociado a eventos específicamente sociales participe de forma manifiesta en la génesis y/o mantenimiento de la evitación agorafóbica.

El presente estudio posee algunas limitaciones que deben ser señaladas. En primer lugar, debe tenerse en cuenta el reducido tamaño de la muestra empleada. Aunque los grupos están equiparados y pueden establecerse comparaciones entre ellos, en los análisis multivariados (análisis de regresión) podrían existir algunos errores metodológicos debidos al reducido número de sujetos. Por tanto, los resultados relativos a estos análisis deberían tomarse como datos preliminares y con las debidas reservas. En segundo lugar, el estrés se ha evaluado de forma retrospectiva, lo que denota la posibilidad de algún posible error debido a los sesgos de memoria. No obstante, cabe afirmar que al evaluarse en un periodo de sólo un año anterior al origen del evento, y al tratarse de sucesos vitales (i.e., sucesos que resaltan o sobresalen de los hechos cotidianos), los sujetos suelen recordar con bastante exactitud su ocurrencia y su impacto personal. Por otra parte, clínicamente hablando siempre es importante la percepción que el sujeto tenga del suceso, con independencia de su valor objetivo. Finalmente queremos indicar que, aunque sólo hemos tenido en cuenta el estrés psicosocial, diversas variables personales (estrategias de afrontamiento, tipos de personalidad, etc.; p.ej., Pelechano, 2005) podrían mediar o modular su efecto sobre el TP.

REFERENCIAS

- Albert, U., Maina, G., Bergesio, C., y Bogetto, F. (2005). Nocturnal panic and recent life events. *Depression and Anxiety, 22*, 52-58.
- American Psychiatric Association (APA). (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th Ed.). Washington DC: American Psychiatric Press.
- Bulbena, A., y Martín Santos, R. (1992). *Escala de Gravedad del Trastorno de Pánico*. Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina. Universidad de Barcelona (policopiado).
- Clum, G.A., y Knowless, S.L. (1991). Why do some people with panic disorders become avoidant? A review. *Clinical Psychology Review, 11*, 295-313.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: LEA.
- Craske, M.G., Barlow, D.H., y Meadows, E.A. (2000). *Mastery of your anxiety and panic. Therapist guide for anxiety, panic, and agoraphobia (MAP-3)*. San Antonio, TX: Graywind/Psychological Corporation.
- Chorot, P., Sandín, B., Valiente, R.M., Santed, M.A., y Romero, M. (1997). Actitud hacia la enfermedad, ansiedad y sintomatología somática en pacientes con trastorno de pánico e hipocondría. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 2*, 123-136.
- De Jong, G.M., y Bouman, T.K. (1995). Panic disorder: A baseline period. Predictability of agoraphobic avoidance behavior. *Journal of Anxiety Disorders, 9*, 185-199.
- De Loof, C., Zandbergen, J., Lousberg, H., Pols, H., & Griez, E. (1989). The role of life events in the onset of panic disorder. *Behaviour Research and Therapy, 27*, 461-463.
- Echeburúa, E., y Corral, P. (1992). *La agorafobia: Nuevas perspectivas de evaluación y tratamiento*. Valencia: Promolibro.
- Eysenck, M.W., Payne, S., y Santos, R. (2006). Anxiety and depression: Past, present and future events. *Cognition and Emotion, 20*, 274-294.
- Faravelli, C., Paterniti, S., y Servi, P. (1997). Stressful life events and panic disorder. In Thomas W. Miller (Ed.), *Clinical disorders and stressful life events* (pp. 143-170). Madison: International University Press.
- Franklin, J.A., y Andrews, G. (1989). Stress and the onset of agoraphobia. *Australian Psychologist, 24*, 203-219.
- Friedman, S., Smith, L., Fogel, D., Paradis, C., Viswanathan, R., Ackerman, R., y Trappner, B. (2002). The incidence and influence of early traumatic life events in patients with panic disorder: A comparison with other psychiatric outpatients. *Journal of Anxiety Disorders, 16*, 259-272.
- Holmes, T. H., y Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research, 11*, 213-218.
- Kessler, R.C., Chiu, W.T., Demler, O., y Walters, E.E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey replication. *Archives of General Psychiatry, 62*, 617-627.
- Last, C.G., Barlow, D.H., y O'Brien, G.T. (1984). Precipitants of agoraphobia: Role of stressful life events. *Psychological Reports, 54*, 567-570.
- Manfro, G.G., Otto, M.W., McARDle, E.T., Worthington III, J.J., Rosenbaum, J.F., y Pollack, M.H. (1996). Relationship of antecedent stressful life events to childhood and family history of anxiety and the course of panic disorder. *Journal of Affective Disorders, 41*, 135-139.
- Marcaurrelle, R., Bélanger, C., y Marchand, A. (2003). Marital relationship and the treatment of panic disorder with agoraphobia: A critical review. *Clinical Psychology Review, 23*, 247-276.

- Noyes, R.Jr., Clancy, J., Woodman, C., Holt, C.S., Christiansen, J., y Anderson, D.J. (1993). Environmental factors related to the outcome of panic disorder: A seven year follow-up. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *181*, 529-538.
- Pelechano, V. (2005). Acerca de afrontamiento y enfermedad crónica: Una reflexión ¿fundada? con alguna sugerencia. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *10*, 3-14.
- Pollard, C. A., Pollard, H. J., y Corn, K. J. (1989). Panic onset and major events in the lives of agoraphobics: A tests of contiguity. *Journal of Abnormal Psychology*, *98*, 318-321.
- Rapee, R. M., Litwin, E. M., y Barlow, D. H. (1990). Impact of life events on subjects with panic disorder and comparison subjects. *American Journal of Psychiatry*, *147*, 640-644.
- Roy-Byrne, P. P., Geracy, M., y Uhde, T. W. (1986). Life events and the onset of panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, *143*, 1424-1427.
- Sandín, B. (2002). Papel de las emociones negativas en el trastorno cardiovascular: Un análisis crítico. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *7*, 1-18.
- Sandín, B. (2005a). El síndrome de fatiga crónica: Características psicológicas y terapia cognitivo-conductual. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *10*, 85-94.
- Sandín, B. (2005b). Evitación interoceptiva: Nuevo constructo en el campo de los trastornos de ansiedad. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *10*, 103-114.
- Sandín, B., y Chorot, P. (1993). Stress and anxiety: Diagnosis validity of anxiety disorders according to life events stress, ways of coping and physical symptoms. *Psiquis*, *14*, 178-184.
- Sandín, B., y Chorot, P. (1999). Evaluación de los sucesos vitales. En B. Sandín (Ed.), *El estrés psicosocial: Conceptos y consecuencias clínicas* (pp. 61-79). Madrid: Klinik.
- Sandín, B., Chorot, P., Lostao, L., Joiner, T.E., Santed, M.A., y Valiente, R.M. (1999a). Escalas PANAS de afecto positivo y negativo: Validación factorial y convergencia transcultural. *Psicothema*, *11*, 37-51.
- Sandín, B., Chorot, P., Santed, M.A., y Valiente, R.M. (2002a). Análisis factorial confirmatorio del Índice de Sensibilidad a la Ansiedad para Niños. *Psicothema*, *14*, 333-339.
- Sandín, B., Chorot, P., Santed, M.A., y Valiente, R.M. (2004a). Differences in negative life events between patients with anxiety disorders, depression and hypochondriasis. *Anxiety, Stress and Coping*, *17*, 37-47.
- Sandín, B., Chorot, P., Valiente, R.M., y Santed, M.A. (1998). Frecuencia e intensidad de los miedos en los niños: Datos normativos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *3*, 15-25.
- Sandín, B., Chorot, P., Valiente, R.M., y Santed, M.A. (2002b). Relación entre la sensibilidad a la ansiedad y el nivel de miedos en niños. *Psicología Conductual*, *10*, 107-120.
- Sandín, B., Chorot, P., Valiente, R.M., Sánchez-Arribas, C., y Santed, M.A. (2004b). Cuestionario de Pánico y Agorafobia (CPA): Características de los ataques de pánico no clínicos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *9*, 139-161.
- Sandín, B., Chorot, P., Valiente, R.M., Santed, M.A., & Lostao, L. (2004c). Dimensiones de sensibilidad a la ansiedad: Evidencia confirmatoria de la estructura jerárquica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *9*, 19-33.
- Sandín, B., Valiente, R.M., Chorot, P., y Santed, M.A. (2005). Propiedades psicométricas del Índice de Sensibilidad a la Ansiedad. *Psicothema*, *17*, 478-483.
- Sandín, B., Valiente, R.M., Chorot, P., Santed, M.A., y Sánchez-Arribas, C. (1999b). Escala de Ansiedad Social para Niños-Revisada (SASC-R): Fiabilidad, validez y datos normativos. *Análisis y Modificación de Conducta*, *25*, 827-847.
- Santed, M.A., Sandín, B., Chorot, P., Olmedo, M., y García-Campayo, J. (2003). The role of negative and positive affectivity on perceived stress-subjective health relationships. *Acta Neuropsychiatrica*, *15*, 199-216.
- Shear, M.K., Brown, T.A., Barlow, D.H., Money, R., Sholomskas, D.E., Woods, S.W. et. Al. (1997). Multicenter collaborative Panic Disorder Severity Scale. *American Journal of Psychiatry*, *154*, 1571-1575.
- Shulman, I.D., Cox, B.J., Swinson, R.P., Kuch, K., y Reichman, J.P. (1994). Precipitating events and reactions associated with initial unexpected panic attacks. *Behaviour Research and Therapy*, *32*, 17-20.
- Tobón, S., Sandín, B., y Vinaccia, S. (2005). La úlcera péptica: ¿Un trastorno gastrointestinal infeccioso o biopsicosocial? *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *10*, 95-100.
- Tobón, S., Vinaccia, S., y Sandín, B. (2004). Modelo procesual del estrés en la dispepsia funcional: Implicaciones para la evaluación y el tratamiento. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *9*, 81-98.
- Valiente, R.M., Sandín, B., y Chorot, P. (2002a). Miedos comunes en niños y adolescentes: Relación con la sensibilidad a la ansiedad, el rasgo de ansiedad, la afectividad negativa y la depresión. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *7*, 61-70.
- Valiente, R.M., Sandín, B., Chorot, P., y Tabar, A. (2002b). Diferencias sexuales en la prevalencia e intensidad de los miedos durante la infancia y la adolescencia: datos basados en el FSSC-R. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *7*, 103-113.
- Valiente, R.M., Sandín, B., Chorot, P., y Tabar, A. (2003). Diferencias según la edad en la prevalencia e intensidad de los miedos durante la infancia y la adolescencia: datos basados en el FSSC-R. *Psicothema*, *15*, 414-419.
- Valiente, R.M., Sandín, B., y Chorot, P. (2003). *Entrevista para el diagnóstico de los trastornos de ansiedad: ADIS-M*. Madrid: Klinik.
- Wade, S.L., Monroe, S.M., y Michelson, L.K. (1993). Chronic life stress and treatment outcome in agoraphobia with panic attacks. *American Journal of Psychiatry*, *150*, 1491-1595.