

# “LA MUJER DE LA MULETA”.

## LA CONSTRUCCION Y RECONSTRUCCIÓN DE UNA CRISIS AGORAFOBICA

Dr. Ignacio Preciado

Médico. Psicoterapeuta de Integral Centre Mèdic.

---

Las agorafobia es uno de los trastornos psicológicos más frecuentes en la práctica clínica. En su acepción clásica consiste en un miedo a cruzar espacios abiertos. De ahí el nombre de agora-fobia, o fobia a las plazas públicas, con que lo bautizó Westphal en 1871. En la actualidad el término se ha generalizado y engloba todas aquellas situaciones en que existe un miedo a alejarse de un lugar seguro. Fuera de su “campamento base” el agorafóbico se siente inseguro, por lo que evita, en lo que puede, estas situaciones. Muchos no se alejan de casa sin acompañante, pues tienen miedo a perder el control y que nadie pueda atenderles. En los casos más graves, la persona se recluye en su casa y se niega a salir, por lo que el trastorno puede llegar a ser muy invalidante.

La agorafobia se da generalmente en dos tipos de personas: 1) personas que ya tenían con anterioridad miedo a explorar su entorno porque, en la infancia, sus cuidadores impedían directa o indirectamente esta exploración y 2) personas que han sufrido una crisis, generalmente de ansiedad, y han cogido miedo al mundo exterior. En ambos casos, el mundo se ha convertido en un lugar peligroso para vivir, y la persona se refugia en un lugar seguro. En el caso de “la mujer de la muleta”, la crisis es paradójicamente debida al cambio provocado por una mejoría física, que genera problemas que, inconscientemente, la persona considera difíciles de superar.

La psiquiatría farmacológica ofrece ansiolíticos y/o antidepresivos, que disminuyen la sintomatología orgánica y, en ocasiones, hacen remitir la crisis. Sin embargo, son muy raras las veces que estos pacientes llegan a comprender lo que les ha pasado. Muchos de ellos recurren a la psicoterapia tras sucesivas crisis, y expresan su perplejidad ante la situación. La agorafobia está considerada por la psiquiatría como la fobia que más resistencia ofrece al tratamiento.

## LA CONSTRUCCION DE LA AGORAFOBIA

Para comprender la agorafobia hay que tener en cuenta las urdimbres afectivas que se establecen en la relación de vinculación infantil con los progenitores o cuidadores. Entre las teorías que han rastreado los orígenes infantiles de la agorafobia destacan las de Bowlby (1985, 1986, 1989, 1993). Este investigador nos describe una forma de vinculación ansiosa en la que el niño se siente “excesivamente amado” (por ejemplo, por una madre que no soporta que sus hijos se alejen de ella), y aprende a sentirse protegido únicamente cuando está en estrecho contacto físico con este progenitor. Alejado de ésta persona, el niño va aprendiendo a considerar peligrosa cualquier emoción (Goldstein y Chambless, 1978, Guidano y Liotti, 1983) y llega a la conclusión de que es mejor evitar aventuras. Esta es la solución más fácil y adaptativa para un niño que tiene que depender de sus cuidadores. Pero el problema está servido: el niño se ha adaptado a un medio restringido por la visión de los padres, y en el que cualquier estado de excitación con que el niño regrese tras alguna pequeña correría o percance va a ser interpretado como signo de debilidad, enfermedad o peligro. El niño aprenderá así a evitar las emociones que pueden surgir en su relación con el mundo exterior y se quedará “pegadito” a la familia.

Existe un eje muy básico que estructura la maduración infantil, que ha sido descrito como dependencia-autonomía, o fusión-identidad, y al que prefiero denominar de vinculación-exploración. Este es el eje básico en la evolución de los mamíferos. Nacemos y, con el tiempo, nos vamos vinculando a la(s) persona(s) que nos cuida(n). A partir del logro de una vinculación aceptable comenzamos a explorar nuestro entorno, sin quitar al principio un ojo de mamá o papá. Se produce en los niños de corta edad una situación muy curiosa que merece nuestra atención: cuando papá o mamá se encuentran con una persona que el niño no conoce, éste comienza una “danza” entre la aproximación al extraño y el refugio en el padre o madre, que puede tener diferentes finales según el comportamiento del extraño, del niño y del progenitor. Un final puede mostrar al niño berreando mientras se aferra a la pierna del progenitor, o estira de ella. En otro el niño se va temporalmente con el extraño y “pasa” de un padre que observa la escena con estupefacción más o menos disimulada. El final más frecuente, sobre todo si hay entendimiento entre el progenitor y el extraño, es que el niño acabe por tocar al extraño u ofrecerle un juguete. Este juguete, el objeto intermediario o transicional de Winnicott, puede ser el inicio de una nueva relación en la vida del niño, y el ánimo para futuras exploraciones. La exploración irá convirtiendo lo nuevo en conocido, y amplía nuestro mapa del mundo. Las variaciones de la danza de aproximación-evitación ante el extraño son múltiples, y se repiten como una fuga musical. El niño parece atado al progenitor mediante un elástico invisible, cada vez más largo y laxo. En los futuros agorafóbicos este cable es corto y parece de acero.

Una de las alternativas de la evolución del agorafóbico es que pueda “cortar

el cable” y salir “rebotado”, generalmente en la adolescencia, hacia una conducta exploratoria que siempre se le ha negado, como sucedió en el caso que presento. Si tiene éxito se puede construir como persona autónoma, que se agobia en situaciones cerradas de las que es difícil escapar (trastorno que fue denominado claustrofobia), porque recuerda los agobios infantiles ante la limitación de su campo de acción. A este tipo de evolución de las vinculaciones ansiosas le voy a llamar **tipo explorador**. Pero muchas veces el cable, o más bien maraña vinculatoria, es duro de roer, y el progenitor buscará, muchas veces inconscientemente, todos los medios para retener al niño o adolescente en sus intentos de exploración (“Ves, ya te lo decía yo, que no te puedes fiar de nadie”). Si el niño sucumbe y se adapta, se convertirá en lo que denominaré **tipo constreñido**.

Ambos tipos de evolución son muy distintos. En su versión más extrema, el primer tipo provee al mundo de grandes exploradores (como el personaje encarnado por Robert Redford en “Memorias de Africa”), personas inquietas que no paran ir de un sitio a otro. El segundo tipo genera ciudadanos muy responsables, cuya vida va del trabajo a casa y de casa al trabajo. Bajo su aparente diferencia de comportamiento tienen muchos puntos en común y, si vienen malos tiempos, acaban padeciendo similares síntomas: los de la agorafobia.

En ambos tipos está activo un mecanismo de evitación. El explorador evitará vincularse, el constreñido desdeñará explorar. Pero curiosamente, ambos admiran en secreto las posibilidades del otro polo. Su admiración por los recursos del polo evitado es tan secreta que a veces no es consciente. El punto común consiste en que ambos tipos consideran los polos vinculación-exploración como mutuamente excluyentes (Sassaroli y Lorenzini, 1990), como resultado de una elección que llegó a considerarse incompatible. El explorador ha llegado a la conclusión de que es más seguro explorar porque le da terror vincularse y puede, en casos extremos, llegar a considerar diabólica la palabra pareja, incluso aunque el(la) candidato(a) sea otro(a) explorador(a). Y viceversa, el tipo constreñido ha decidido vincularse aunque no pueda explorar (“no necesito salir de casa, me basta con la televisión”). En la entrevista inicial comprobamos muchas veces que sus programas favoritos son los de aventuras.

En ambos casos, la persona evita dirigirse activamente hacia el polo desechado, al que considera peligroso. Y la crisis se presenta cuando un acontecimiento vital, muchas veces insidioso, pone en evidencia la incompletitud de su elección. La construcción de sí mismo queda invalidada, y la persona pasa de sentirse fuerte a considerarse débil y enferma. Se ha quedado sin alternativas, como si de repente se encontrara en la zona evitada, desarmado en terreno enemigo y sin mapa para orientarse. Si la invalidación del polo elegido es importante puede desencadenarse una crisis de angustia, y la persona cree que se va a volver loca o que se va a morir. Esta situación remite cuando la persona, habiendo gastado toda su provisión de ansiedad, se encuentra derrotada pero viva.

### **CONSTRUCCION PRE-CRISIS**

Tipo constreñido: "Soy fuerte sólo si estoy vinculado"

Tipo explorador: "Soy fuerte sólo si soy autónomo"

### **CONSTRUCCION EN CRISIS**

Tipo constreñido: "Soy débil y no sé por qué. Además, me cuesta salir de casa sin compañía"

Tipo explorador: "Soy débil y no sé por qué. Además siento peligrar mi independencia"

### **RECONSTRUCCION TERAPEUTICA**

Ambos tipos: "Soy más o menos fuerte. Exploro y me vínculo, con algunas limitaciones, pero no evito por sistema los conflictos de relación"

El caso que presento es del tipo explorador, aunque no llega a un gran nivel de invalidación ni constricción, ni tampoco es una versión extrema de agorafobia, pues la mujer que la padece acude a pedir ayuda aunque, eso sí, se hace acompañar por su novio. Como todos los casos, es atípico y personal. Como a la clienta le gusta escribir, le pedí al acabar la terapia que leyera la transcripción de su caso y que hiciera las correcciones que creyese oportunas. Las hizo y además añadió algunos comentarios que en el texto aparecen entrecomillados y en cursiva.

### **LA CRISIS DE "LA MUJER DE LA MULETA"**

La clienta es una mujer de 39 años que entra en la sala de terapia con ayuda de una muleta. Comienza su narración expresando su extrañeza por lo que le está pasando. Tiene miedo a atravesar las calles "aunque no pasen coches en ese momento" y de cruzar espacios abiertos, si no se apoya en su muleta o en su novio. Sabe lo que es la agorafobia y le sorprende padecerla cuando "siempre había sido más bien claustrofóbica". Antes de esta crisis le molestaban los lugares muy cerrados, aunque su miedo no le impedía usar ascensores, ni transportes públicos. Explica que le gustaba ir a Inglaterra y sentía gusto por las praderas y lugares amplios, por lo que le extraña su situación actual.

*"Nunca consideré mi nivel de claustrofobia como una anomalía. Me parece lógico que me resultara desagradable estar encerrada: nada puede crecer ni desarrollarse si no tiene espacio para ello. Sólo es limitativo cuando uno tiene que subir 15 pisos porque no puede entrar en un ascensor, o cuando renuncia a una relación que podría ser muy gratificante (y que se desea y necesita) por miedo a*

*los muros que creemos que esta relación levanta frente a nosotros. Como persona levemente claustrofóbica siempre vi las paredes físicas que estaban demasiado cercanas, pero nunca me di cuenta de los otros ‘muros’. Creo que un claustrofóbico sabe que no puede meterse en un armario, pero nunca es consciente de que su fobia le empuja a romper relaciones de todo tipo.”*

Me explica que ha padecido una coxoartrosis que le iba incapacitando cada vez más, por lo que recientemente fue operada de cadera y le implantaron una prótesis. Fue demorando la intervención quirúrgica durante tres años, hasta que la creciente incapacidad le inclinó finalmente a tomar la decisión. El síntoma aparece al irse recuperando de la operación.

Va con la muleta a todas partes, aunque sabe que ya no la necesita. Dice que le da seguridad, porque en los momentos de “crisis” le tiemblan las piernas, y sufre a modo de mareos o vértigos (en las crisis de agorafobia es clásico el vértigo sin nistagmus). La primera vez que le ocurrió, al salir a la terraza de su casa tras la operación, sintió una gran sequedad de boca, y mucha sudoración. Luego, al salir a la calle se dio cuenta que tenía miedo a cruzar calles anchas, porque es “como si todo se hiciera enorme, cada vez más grande”. Ante esta incapacidad, viaja en taxi y se culpabiliza por ello.

*“Nunca pude entender la agorafobia: ¿cómo puede ser un problema tener todo el espacio del mundo alrededor?. Pero entonces sí lo entendí. El suelo pierde toda su solidez, se mueve y no te va a sostener. Los edificios, aunque no estén cercanos, tampoco mantienen la vertical, y parece que te van a aplastar, es necesario apoyarte en algún lugar firme y no hay ninguno al alcance de la mano, careces por completo de apoyo, estás solo y a tu alrededor todo se tambalea. Los síntomas que aparecen entonces son idénticos a los de la claustrofobia: te asfixias por falta de aire y espacio, pero con la diferencia de que en este caso sabes que sí hay aire y espacio a tu alrededor, lo cual te angustia porque te resulta del todo incomprendible.”*

## **EL CONTEXTO**

Cuando una persona acude a terapia, generalmente comienza por describirnos sus síntomas, lo que considera anormal. Es como si nos presentara un texto al que, para llegar a hipótesis y conclusiones, habrá que ir añadiendo un contexto; es decir las características particulares de la persona, y su evolución histórica. Presento el contexto de esta mujer, tal como fue apareciendo en terapia.

La clienta trabaja en una empresa por “solucionar la economía” pues, aunque es respetada tanto como persona como por su invalidez, el trabajo no le gusta. Lo que sí que le gusta es escribir, y es autora de un libro que ha editado ella misma.

También le gusta la decoración y el dibujo.

Se marchó de casa a los 25 años y estuvo viviendo sola hasta que conoció a su novio, con el que se encuentra bien. Sus únicos miedos son a la diferencia de edad (ella es doce años mayor que él) y a que el novio se canse de acompañarla en su situación actual y la abandone. En una sesión posterior explica que temía que el terapeuta interpretara negativamente esta diferencia de edad. Un detalle curioso es que al conocerlo y saber su país de origen, le dijo “A mí los... (nacionalidad de él)... me caen fatal”. El le respondió “A mi también”, respuesta que fue de su agrado. Se siguieron viendo pero sin compromiso, pues ninguno de los dos tomó con facilidad la decisión de comprometerse. “Mi mente tardó mucho en darse cuenta de que a mi cuerpo le gustaba él.”

*Siempre me las había arreglado para interesarme por la persona menos adecuada, por lo que las relaciones nunca me duraban mucho y era muy fácil justificar las rupturas. Incluso cuando una relación iba bien siempre supe inventar motivos que me parecían válidos para romperla. En este caso hubo algo más fuerte que mis barreras y mis miedos”.*

La madre le llama diariamente para controlarla. Ella atiende todas las llamadas, aunque mientras la oye va haciendo otras cosas. La madre la desconfirma continuamente, mientras su padre hace como que no ve estas desconfirmaciones y cuando ella se queja se limita a decirle “Ya sabes cómo es tu madre”. La idea del padre es que es mejor vivir tranquilo y no discutir. El padre aparentemente aguanta sin grandes problemas. Le digo que es como si ella estuviera en primera línea de la resistencia, siempre luchando contra la madre, y su padre le fuera llevando la fiambra.

*“Mi madre jamás ha aprobado nada de lo que he hecho, todo está mal siempre, incluso si hago dos cosas opuestas, están mal las dos. Todo lo que hice durante muchos años por intentar complacerla fue inútil, por lo que ahora he llegado a la conclusión de que se trata de un problema suyo, y no mío. Durante mucho tiempo confié en mi padre, porque a solas me daba la razón y creía que me apoyaba, pero su apoyo fue siempre clandestino y de ninguna manera resultó eficaz. El es incapaz de enfrentarse a mi madre.”*

Existe un antecedente que le hace sentirse mal, porque sitúa en él el inicio de su carrera como “víctima profesional”. A los 3 años sus padres vinieron del pueblo, y la separaron de la abuela materna, que la había cuidado hasta entonces. A raíz del cambio de domicilio, ella no comía ni jugaba y, finalmente un médico recomendó que volviera al pueblo con la abuela. Al cabo de unos meses la trajeron de nuevo a la ciudad, y se pudo adaptar.

Esta abuela materna la mimaba y, en la autobiografía que escribe por encargo terapéutico los recuerdos de los tres primeros años se refieren a ella, y a un bisabuelo

al que le encargaban cuidar. Aunque era muy pequeña, la sentaban delante del bisabuelo con la consigna de avisar a los mayores si éste se balanceaba excesivamente, para evitar que cayese al suelo o sobre las brasas de la chimenea. Ella cumplía fielmente su papel. Le decían: “Cuida de que no se duerma, se caería al fuego y se quemaría. Si se duerme, lo despiertas.” Y ella no apartaba los ojos de él. Tan pronto como percibía el más mínimo movimiento oscilatorio, daba grandes gritos “por el pánico que me provocaba la visión del abuelo quemándose en la chimenea”. El abuelo protestaba con indignación ante estos despertares súbitos.

Podemos hipotetizar que estas vivencias, junto al interés del padre por educarla “para que pudiera andar por el mundo sola”, van preparando el camino que relacionará vinculación con sufrimiento. Este padre trabajaba muchas horas, por lo que la clienta tiene que vivir su niñez y adolescencia en estrecho contacto con una madre descalificadora.

Otro dato importante es que su abuela paterna se opuso a que sus padres se casaran, porque no le gustaba su nuera. La madre, muy católica, la tuvo a ella antes del matrimonio, y se sintió muy culpable por ello. Puede conjeturarse que la clienta ha servido desde entonces de chivo expiatorio de esta culpa. Cuando sus padres finalmente se casaron, los abuelos desheredaron al padre, aunque años después cambiaron el testamento.

## **LA RECONSTRUCCION TERAPEUTICA DEL TRASTORNO MENTAL**

En la primera sesión, tras exponer sus problemas, expresa obviamente su demanda de poder cruzar las calles sin necesidad de muleta, pero además superar sus miedos, que considera excesivos. Tiene un gran miedo a ser abandonada por considerarse una carga: “Si soy dependiente, cualquier persona se cansará de mí”.

Ante mi pregunta: ¿Hay algo que haya variado en tu vida tras la operación?, la clienta se queda en silencio. Con la mano delante de la boca, afirma: “He llegado a pensar que una persona que lleva tanto tiempo con una incapacidad llega a servirse de ella de alguna manera... Antes de la operación, pese a que era bastante independiente, utilizaba el dolor como una excusa para no hacer algunas cosas que no quería, y así sentirme más libre”. Se siente muy culpable de ello y tiene miedo de ser catalogada como víctima.

Realizo una reconstrucción de la situación en que ella pueda sentirse como una persona valiente. Le digo que hay mejoras aparentes que, por su novedad, crean problemas. El resultado de su operación es que puede andar con normalidad, mientras que anteriormente se movía con mucha dificultad, siendo su marcha muy llamativa, por lo que le aparecían muchos “protectores”. Al andar mejor, realmente empeora su situación, porque tiene que aprender recursos nuevos para obtener lo que antes conseguía gracias a su disminución física. Le receto una buena temporada de pedir ayuda a su novio y a otras personas para que le ayuden a cruzar calles, mientras trabajamos en terapia para que pueda adaptarse a las novedades e ir

prescindiendo progresivamente de algunas ayudas externas. Para ello le pido que traiga una lista de las cosas que conseguía antes con su coxoartrosis, que ahora va a tener que aprender a conseguir de otra manera.

Hay un cambio de cara tras la reconstrucción. Es llamativo que se levanta sin la muleta y se la lleva en la mano sin apoyarse en ella, como si fuera un paraguas. En una sesión posterior le digo que si en lugar de muleta llevara una palma del domingo de Ramos, su seguridad sería parecida.

En la sesión siguiente trae una nota con las pérdidas sufridas por la mejoría. Pese a trabajar en el logro de habilidades alternativas, en sucesivas sesiones aparece de nuevo su miedo a ser una víctima aprovechada. Le sigo repitiendo que esta creencia, excesivamente extendida en nuestra cultura, es la más patológica de todas las que me ha contado.

## **LA CONFECCION DE HIPOTESIS**

La hipótesis terapéutica consiste en que la mejoría de su forma de andar tras la operación, en realidad es un empeoramiento de su situación, pues la clienta tiene que acostumbrarse a su nueva y mejor vida. Esta situación ha desencadenado la agorafobia en una persona que previamente era más bien claustrofóbica.

Entre los procedimientos de intervención utilizados en esta psicoterapia se encuentra la prescripción del síntoma, para desculpabilizarlo. Hay que animar a la clienta a pedir ayudas, pues anteriormente le bastaba utilizar su dolor y deficiencia para conseguir muchas cosas. También se realiza una exposición “in vivo” de su fobia, prescrita por el terapeuta pero diseñada por la clienta. Otras intervenciones de la terapia consistieron en colocar límites a esa madre tan agobiante, realizar diálogos gestálticos para ayudarle a flexibilizar su construcción de los conflictos de relación (Winter, 1989), la ya comentada redacción de una autobiografía y la confección de una lista de 50 deseos (pues la clienta reconocía pocas necesidades). Pero la técnica básica fue el reconocimiento de todo el proceso que había desencadenado la agorafobia.

Entre los cambios terapéuticos conductuales se encuentra la desaparición del componente depresivo tras la primera sesión y el logro progresivo en cruzar calles, sola y sin muleta, hasta que finalmente logra atravesar la avenida más ancha de la ciudad, su reto más importante.

Sin embargo, el indicador más fiable de los cambios se encuentra en sus sueños. En una primera fase sueña con casas, a las que va de visita. No encuentra en ellas a personas conocidas. No tienen ventanas, cocina, ni baño. Hay habitaciones con muebles antiguos en gran cantidad, como si en vez de viviendas fueran “guardamuebles”.

Más adelante, en uno de los sueños, la casa la va a heredar ella y en una habitación hay una ventanita pequeña. Y en otro posterior la casa era suya, tenía un salón, donde estaba su novio, y ella salía a un único balcón. En ese sueño veía que



no podía usar tantos muebles y guarda algunos en una sala para tener más espacio libre. En la casa le ayuda una señora de la limpieza y un señor con herramientas (personajes éstos muy comunes en los sueños de personas que realizan una terapia).

En el último sueño de casas que narra en esta psicoterapia, la casa era más pequeña y la había comprado con su novio. Era la primera casa con baño y cocina, y tenía muchas ventanas grandes, menos muebles viejos y algunos objetos que ambos habían comprado. Está más activa arreglando cosas de la casa y en una secuencia del sueño se encuentra delante de la madre, que le dice que tiene derecho a todo porque es su madre. Ella le responde que es una egoísta y nota que puede dominarla.

Observamos juntos las diferencias en los sueños: Más relación con el mundo exterior (ventanas y balcón), responsabilización y vinculación (es su casa, no una casa cualquiera), realismo (es más pequeña), acción, reconocimiento de necesidades (baños), dominio sobre la madre, novedad, creación (cocina). Le propongo como tarea escribir un sueño de casas tal como a ella le gustaría soñarlo, y lo más llamativo es que hay niños en la casa. Existe el planteamiento de tener hijos con su pareja.

## **A MODO DE CONCLUSION**

En los trastornos de ansiedad con agorafobia no basta con la medicación farmacológica, homeopática o de otro tipo. Ni tampoco con una desensibilización o exposición conductual. Es necesaria la comprensión de la dinámica interna y la reconstrucción, paso a paso, de aspectos del modelo de vinculación. En muchos casos es posible, mediante una psicoterapia, modificar algunos elementos importantes de la relación con el mundo, y lograr ampliar las alternativas de la estructura subyacente, que es rígida y evitativa.

A veces es difícil que la persona que padece una fobia acepte una terapia. Su temor a la vida emocional le juega esta mala pasada. Si, cansada ya de la repetición de las crisis, decide iniciar una psicoterapia, lo hará con mucha cautela y el terapeuta deberá respetar estos miedos, que forman parte del propio trastorno.

Con este tipo de clientes es importante ser respetuoso pero directivo, es decir con mayor participación del terapeuta, sobre todo en la primera fase de la terapia. Ya Freud advertía que no era posible ayudar al fóbico esperando que el análisis llevara al enfermo a abandonar la fobia.

Además he encontrado muy útil, como sugiere Kelly, la utilización de las propias hipótesis del cliente sobre lo que le está pasando, y la búsqueda de una reconstrucción que permita a la persona sentirse válida, con la subsiguiente mejoría sintomática. Con ello nos ahorramos muchas veces, como en este caso, la prescripción de cualquier tipo de medicación.

En la terapia habrá que mostrarles que es posible hacer compatible lo opuesto, que es posible vincularse y explorar, y que para ello van a tener que aprender a

manejarse en el área de los conflictos interpersonales y de las emociones que resultan de ellos.

---

### **Referencias Bibliográficas**

- Bowlby, J. (1985) La separación afectiva. Barcelona: Paidós
- Bowlby, J. (1986) Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida. Morata: Madrid.
- Bowlby, J. (1989) Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego. Buenos Aires: Paidós.
- Bowlby, J. (1993) El vínculo afectivo. Barcelona: Paidós.
- Goldstein, A. J., y Chambless, D. L. (1978) A reanalysis of agoraphobia. *Behavior Therapy*, 9, p. 47-59.
- Guidano, V. F., y Liotti, G. (1983) *Cognitive processes and emotional disorders*. Nueva York: Guilford.
- Guidano, V. F. (1994) El si-mismo en proceso. Hacia una terapia cognitiva posracionalista. Barcelona: Paidós.
- Sassaroli, S., y Lorenzini, R. (1990) Apego y exploración en la patogénesis de las fobias. *Revista de Psicoterapia*, Nº 2-3, p. 95-111.
- Winter, D. (1989) An alternative construction of agoraphobia. En: *Agoraphobia. Current perspectives on theory and treatment*. Editado por K. Gournay. Londres: Routledge.