

## EXPLORANDO LA ANTICIPACIÓN AL MIEDO

*Exploring the anticipation of fear***Dr. Daniel Bogiaizian**

Asociación Civil Ayuda

Instituto de Ciencias Sociales y Disciplinas Proyectuales, Universidad Argentina de la Empresa (UADE)

**Lic. Adrián Solari**Asociación Argentina de Trastornos de Ansiedad  
PSICOC**Lic. Lucas Bogiaizian**

Asociación Civil Ayuda

**Contacto:** bogiaizian@gmail.com

**Resumen:** La anticipación del miedo y sus consecuencias es un fenómeno que ha llamado la atención de clínicos e investigadores dedicados a la ansiedad y sus trastornos. En el marco del enfoque cognitivo-conductual, dos constructos adquirieron particular relevancia, el *Miedo al Miedo*, conceptualizado por Goldstein y Chambless (1978), y la *Sensibilidad Ansiosa*, descrita por Reiss y McNally (1985). El presente artículo se propone realizar una revisión exhaustiva de la literatura empírica acerca de estos conceptos: su desarrollo, sus similitudes y contrastes, sus vínculos con la psicopatología, y su abordaje a través de instrumentos. Todo este desarrollo busca iluminar el camino hacia intervenciones más precisas en el ámbito psicoterapéutico.

**Palabras clave:** *Miedo al Miedo, Sensibilidad Ansiosa, Trastornos de Ansiedad, Evaluación*

**Abstract:** *The anticipation of fear is a phenomenon that has attracted the attention of researchers and clinicians dedicated to anxiety and its disorders. In the context of Cognitive-Behavioral approaches, two concepts acquired particular relevance, Fear of Fear, conceptualized by Goldstein and Chambless (1978), and Anxiety Sensitivity (1985), described by Reiss and McNally. The present article aims to provide a comprehensive review of the empirical literature on these concepts, including their development, similarities and contrasts, associations with psychopathology, and assessment through scales. This analysis seeks to shed light on the path toward more precise interventions in the psychotherapeutic field.*

**Keywords:** *Fear of Fear, Anxiety Sensitivity, Anxiety Disorders, Assessment*

**INTRODUCCIÓN**

Lo esperable de alguien que evalúa una situación como peligrosa es que tenga una serie de reacciones. A nivel fisiológico se dan respuestas en consonancia con la aparición del miedo o la ansiedad, como el aumento de la frecuencia cardiaca, la sensación de falta de aire, tensión muscular, náusea, temblor, entre otras. A su vez, pueden darse conductas de escape o evitación, y, a nivel cognitivo, presentarse pensamientos vinculados a la presencia de una amenaza inminente o procesos de preocupación sobre eventos futuros (Craske et al., 2009). Sin embargo, las personas difieren en la manera en la que se relacionan con la experiencia del miedo o de la ansiedad. Mientras que algunas personas consideran que se trata simplemente de sensaciones algo displacenteras, otras catastrofizan acerca de las consecuencias que esto tendría y desarrollan miedo a las mismas (McNally & Lorenz, 1987).

El miedo a la ansiedad ha constituido un objeto de interés sostenido dentro de la psicología clínica. En un artículo de referencia, Reiss (1987) examina los principales enfoques teóricos disponibles hasta ese momento. Si bien este constructo se encuentra presente en diversas corrientes —como el psicoanálisis, el existencialismo, el conductismo y el cognitivismo—, cada una difiere en la manera en que lo conceptualiza y en el tipo de problemática o trastorno en el que lo consideran un factor relevante. El autor señala, además, que ya es posible identificar antecedentes de esta

experiencia en los escritos de Freud hacia finales del siglo XIX.

En el estudio del miedo a la ansiedad de los modelos cognitivos conductuales, dos constructos han recibido particular atención. Uno de ellos es el del Miedo al Miedo, introducido por Goldstein y Chambless (1978) originalmente pensado en el marco de la agorafobia. El otro es la Sensibilidad Ansiosa, desarrollado por Reiss y McNally (1985), como parte del modelo de expectativa con respecto a la aparición de la ansiedad y sus consecuencias. Tanto la sensibilidad ansiosa como el miedo a las sensaciones de miedo fueron destacados como mediadores de cambio en los procesos psicoterapéuticos (Norr et al., 2014; Hayes et al., 2022). Por este motivo, el objetivo principal del presente artículo es explorar el desarrollo y abordaje a través de escalas, de estos dos constructos que refieren al miedo a la ansiedad, así como sus implicancias clínicas. En primer lugar, se encuentra un apartado que explora cada constructo, y su respectiva forma de evaluación a través de escalas. Luego se analiza en la bibliografía los vínculos de estos con la psicopatología ansiosa y depresiva. Finalmente se revisan sus implicancias clínicas.

## MÉTODO

Se realizó una revisión bibliográfica sobre del miedo a la ansiedad desde los primeros desarrollos conceptuales de Goldstein y Chambless (1978) y la presentación del modelo de Sensibilidad Ansiosa propuesto por Reiss y McNally (1985), hasta publicaciones actuales, a fin de identificar el progreso teórico y empírico, y sus instrumentos de medición a lo largo de ese tiempo. La búsqueda de bibliografía se ejecutó a través de portales vinculados con bases de datos científicas, *Google Scholar*, *PubMed*, y *EBSCO*, utilizando los siguientes términos “*Fear of Fear*”, “*Miedo al Miedo*”, “*Anxiety Sensitivity*”, “*Sensibilidad Ansiosa*”, “*BSQ*”, “*ASQ*”, y “*Anxiety Sensitivity Index*”. A excepción de las investigaciones de validación de los instrumentos en los diversos países, se incluyeron artículos publicados únicamente en inglés y en español.

## MIEDO AL MIEDO

Sobre el final de la década de 1970, Goldstein y Chambless (1978) publican el artículo “*A Reanalysis of Agoraphobia*” [Reanálisis de la agorafobia], en el cual analizan la manera de comprender este trastorno. Los autores concluyen que lo característico de la agorafobia no es el miedo a los espacios abiertos o cerrados, sino la presencia de un componente central definido como miedo al miedo. Según su análisis, tras haber experimentado uno o más ataques de pánico, las personas con agorafobia se vuelven hipervigilantes respecto de sus sensaciones corporales. Sus síntomas de ansiedad —al haber quedado asociados con episodios previos— adquieren la función de señales de la

inminencia de un nuevo ataque. Esta anticipación genera tal incremento de ansiedad que, casi invariablemente, precipita un nuevo episodio. Los autores explican este proceso desde la perspectiva del condicionamiento, en el cual el sujeto responde a sus propios signos de activación fisiológica (estímulo condicionado) con la aparición de un ataque de pánico (respuesta condicionada) (Goldstein & Chambless, 1978).

En la formulación propuesta por Goldstein y Chambless, el constructo miedo al miedo se define a partir de dos componentes principales: a) cogniciones desadaptativas relacionadas con el daño potencial que sufrirá el individuo debido a la ansiedad (p. ej., voy a morir o volverme loco) y b) la respuesta de miedo exagerada provocada por las sensaciones físicas asociadas a la ansiedad (p. ej., aumento de las palpitations del corazón). (Chambless et al, 1984).

Este temor fue inicialmente planteado para sujetos agorafóbicos, ya que requería la presencia de ataques de pánico (Reiss, 1987); sin embargo, poco tiempo después, se observó como una característica presente a lo largo de diversos trastornos de ansiedad (Chambless & Gracely, 1989). Posteriormente el concepto fue ampliado por los autores (Chambless & Goldstein, 1988; Chambless et al., 2000) entendiéndose que los sujetos también podían realizar interpretaciones catastróficas de sensaciones corporales que no provenían necesariamente de la ansiedad, compatible esto con el modelo cognitivo del pánico desarrollado por Clark (1986), y en consonancia con la perspectiva cognitiva más general de Beck, Emery y Greenberg (1985). A modo de ejemplo, un sujeto puede interpretar la taquicardia experimentada al realizar ejercicio físico como un signo de que va a sufrir un ataque cardíaco. En la actualidad, los ataques de pánico, el temor a su ocurrencia y el consecuente intento por prevenirlos o evitarlos siguen siendo un elemento central del Trastorno de Pánico (TP) y de la Agorafobia (American Psychiatric Association, 2013).

La ansiedad, entendida como un estado emocional orientado hacia el futuro cuyo objetivo es preparar al sujeto frente a posibles eventos negativos (Craske et al., 2009), puede paradójicamente transformarse en un factor que lo paraliza. Convirtiéndose la anticipación que caracteriza a la respuesta ansiosa en el núcleo del problema: el individuo comienza a evitar sistemáticamente aquellas situaciones en las que anticipa un incremento de la ansiedad (Goldstein & Chambless, 1978).

En relación con otros constructos vinculados a la psicopatología y la experiencia ansiosa, el Miedo al Miedo no podría ser reducido ni a la Ansiedad Rasgo —entendida como la tendencia generalizada y estable a experimentar ansiedad en diversas situaciones (Spielberger et al., 1970)— ni al distrés psicológico general, que constituye un indicador inespecífico de malestar psicológico global (Chambless & Gracely, 1989).

Si bien el Miedo al Miedo compartiría varianza con constructos de orden superior como el Neuroticismo o el Afecto Negativo, podría considerarse un factor de orden inferior que reflejaría un mecanismo más específico (Chambless & Gracely, 1989; Arrindell, 1993; Zinbarg et al., 1997) que refiere específicamente a la reacción temerosa ante las propias sensaciones de ansiedad y a la expectativa de sus consecuencias (Goldstein & Chambless, 1978; Chambless et al., 1984).

### Evaluando el Miedo al Miedo

En consonancia con su conceptualización, donde el Miedo al Miedo incluye, por un lado, las cogniciones desadaptativas relacionadas con el daño potencial que sufriría el individuo debido a la ansiedad, y por el otro, la respuesta de miedo exagerada a los síntomas; Chambless, Caputo, Bright y Gallagher (1984) diseñaron dos escalas para evaluar esta experiencia en pacientes con agorafobia. El *Body Sensations Questionnaire* (BSQ) [Cuestionario de Sensaciones Corporales] y el *Agoraphobic Cognitions Questionnaire* (ACQ) [Cuestionario de Cogniciones Agorafóbicas].

El BSQ consta de 17 ítems que describen sensaciones corporales típicamente asociadas a la activación ansiosa —como palpitations, mareos o falta de aire—. Cada ítem se responde en una escala tipo Likert que va desde “no me asusta ni preocupa” hasta “me asusta muchísimo”, permitiendo cuantificar el grado de temor experimentado frente a cada sensación.

Por su parte, el ACQ, con 14 ítems, explora la frecuencia en la que se presentan pensamientos catastróficos vinculados a posibles consecuencias negativas de experimentar ansiedad (p. ej., “voy a tener un ataque cardíaco”, “voy a vomitar”, “me voy a volver loco”) mediante una escala tipo Likert que va de “el pensamiento nunca se me ocurre” hasta “el pensamiento siempre se me ocurre”.

Los instrumentos demostraron ser una manera válida y confiable de medir el Miedo al Miedo en agorafóbicos y poder discriminar entre población clínica y no clínica (Chambless et al., 1984; Chambless & Gracely 1989). Además, los puntajes se mantuvieron estables a lo largo del tiempo sin tratamiento, y mostraron ser sensibles a los procesos terapéuticos (Arrindell, 1993).

Ambos instrumentos fueron traducidos y adaptados a distintos idiomas (Stephenson et al., 1998; Stephenson et al., 1999; Kotov et al., 2005; Michalowski & Holas, 2013). Localmente solo se encuentran disponibles sus adaptaciones lingüísticas y conceptuales (Solari et al., 2019) pero carecen al presente de una adaptación métrica que garantice su fiabilidad.

### SENSIBILIDAD ANSIOSA

Desde una perspectiva cognitiva y teniendo el concepto del Miedo al Miedo como antecedente, Reiss y McNally (1985) plantearon la Sensibilidad Ansiosa

(SA), como el miedo a la ansiedad, resultante de la creencia de que estas sensaciones pueden tener consecuencias dañinas o peligros para el sujeto, tales como la muerte, la locura o el rechazo social.

La SA se encuentra como uno de los elementos dentro del modelo con el cual los autores intentan dar cuenta de las diferencias individuales en la adquisición del miedo. Desde su perspectiva, la experiencia de miedo a los síntomas de ansiedad estaría determinada por la Expectativa Ansiosa, entendida como el proceso asociativo por el cual el sujeto aprende que cierto estímulo desencadena una respuesta ansiosa, y la Sensibilidad Ansiosa, es decir, las creencias de que la ansiedad tiene consecuencias indeseadas (Reiss et al., 1986). De esta manera, cuando una persona con SA alta manifiesta ansiedad, se alarma a su vez de los síntomas vinculados con la activación, lo que aumenta aún más la ansiedad. Es por esto por lo que se ha descrito a la SA como un amplificador de la ansiedad (Taylor et al., 2007).

Originalmente la SA fue concebida como un constructo unidimensional (Reiss & McNally, 1985; Reiss et al., 1986). Sin embargo, la evidencia sugiere que la SA tiene una estructura jerárquica, unifactorial en el orden superior -la SA como un factor general- y multifactorial en el orden inferior, contando aquí con 3 dimensiones: a) preocupaciones físicas, relacionadas con el temor al impacto en el cuerpo y la salud de los síntomas; b) preocupaciones sociales, relacionadas con el impacto en la dimensión social y vincular de los síntomas de ansiedad; c) preocupaciones cognitivas, relacionadas con el impacto a nivel cognitivo y mental de la ansiedad (Taylor y Fedoroff, 1999; Taylor et al., 2007; Zinbarg et al., 1997). Estos tres dominios son los que evalúa el ASI- 3 desarrollado por Taylor et al., (2007).

En cuanto a su etiología, la evidencia empírica señala la influencia conjunta de factores genéticos y ambientales. Parte de su variación podría explicarse por componentes genéticos (Stein et al., 1999), siendo estos más estables, mientras que las influencias ambientales tienden a ser más específicas y dependientes del momento vital (Zavos et al., 2012).

En relación con otras entidades de tipo disposicional, la SA se distingue de la Ansiedad Rasgo (Cox et al., 1999; Sandín et al., 2001; Muris et al., 2001). Además, se encontró que la mayor parte de la varianza de su puntaje no podía ser explicada por rasgos de mayor orden como el Neuroticismo (Cox et al., 1999). Naragon-Gainey (2010) desarrolló un metaanálisis en el que destacó al Neuroticismo como el rasgo con el que la Sensibilidad Ansiosa se vincula de manera más significativa. Adicionalmente, halló que en aquellos estudios en los que se controlaban rasgos, la SA mostraba una validez incremental para predecir el Trastorno de Pánico, Trastorno de Estrés Post Traumático,

y Depresión, siguiendo los criterios diagnósticos del DSM IV.

### Evaluando la Sensibilidad Ansiosa

La SA fue originalmente concebida y medida como un constructo unidimensional por el *Anxiety Sensitivity Index* (ASI) (Reiss & McNally, 1985, Reiss et al., 1986). Sin embargo, Taylor y colaboradores (2007) desarrollaron el ASI-3, un instrumento psicométrico de 18 ítems con fuerte respaldo empírico que evalúa tanto una dimensión general como las 3 subescalas, cada una conformada por 6 ítems: preocupaciones somáticas (p. ej.: "Me asusta cuando mi corazón late rápidamente", "Cuando siento dolor en el pecho, me preocupa que pueda tener un ataque al corazón"), preocupaciones cognitivas (p. ej.: "Cuando tengo dificultades en pensar claramente, me preocupa que haya algo mal en mí.", "Me asusta cuando soy incapaz de poder mantener mi mente en una tarea"), preocupaciones sociales (p. ej., "Me preocupa que otra gente pueda notar mi ansiedad", "Cuando tiemblo en presencia de otros, me da miedo lo que la gente pudiera pensar de mí.") Las respuestas se califican en una escala Likert de 5 puntos que oscila de 0 (Muy poco) a 4 (Mucho). La escala brinda un puntaje total y otro por cada subescala.

Fue traducido a múltiples idiomas (Sandín et al., 2007; Kemper et al., 2009; Ghisi et al., 2016). En Argentina se cuenta con una versión de este instrumento traducida y evaluada tanto en población clínica como control (Solari et al., 2016), que incluye el análisis de las 3 dimensiones de la SA y otra preliminar, que estudió el factor general (Rodríguez de Behrends y Brenlla, 2016).

### EL MIEDO AL MIEDO, LA SENSIBILIDAD ANSIOSA, Y LA PSICOPATOLOGÍA

Si bien en algunas investigaciones se puede observar cierta homologación en los constructos del Miedo al Miedo y Sensibilidad Ansiosa (Arrindell, 1993; Chambless & Gracely, 1989), McNally (1999) destaca dos diferencias centrales entre ambos, la primera conceptual y la segunda etiológica. Mientras que la SA es caracterizada como una dimensión disposicional y con diversas vías de adquisición, el Miedo al Miedo es conceptualizado como un estado que es adquirido a través experiencia de la necesaria experiencia de ataques de pánico.

En el caso del Miedo al Miedo, tanto los puntajes del BSQ y el ACQ se vincularon con la Agorafobia y el Trastorno de Pánico, pero también con la Fobia Social, el trastorno de Ansiedad Generalizada y la Depresión (Chambless & Gracely, 1989).

La bibliografía que vincula a la Sensibilidad Ansiosa con entidades psicopatológicas parece ser más amplia. La SA fue propuesta originalmente como un factor de vulnerabilidad para los trastornos de

ansiedad en general (Reiss & McNally, 1985) y el Trastorno de Pánico en particular (McNally & Lorenz, 1987), mostrando ser predictora del desarrollo de ataques de pánico (Schmidt et al., 1997; Schmidt et al., 1999; Schmidt et al., 2006; Weems et al., 2002). También se han hallado niveles elevados de SA en otros trastornos de ansiedad, Trastorno de Estrés Post Traumático y Depresión (Deacon & Abramowitz, 2006; Naragon-Gainey, 2010; Baek et al., 2019; Olatunji & Wolitzky-Taylor, 2009).

Por su parte, las subescalas (Física, Social, Cognitiva) mostraron asociaciones específicas. Las preocupaciones somáticas para los Ataques de Pánico y el Trastorno de Pánico; las preocupaciones sociales para la Ansiedad Social; en tanto que las preocupaciones cognitivas arrojan resultados contradictorios que indicarían, por un lado, alguna relación con el Trastorno de Ansiedad Generalizada, y, por el otro, sin relaciones específicas con la ansiedad, pero sí con el estrés y la depresión (Wheaton et al., 2012; Naragon-Gainey, 2010; Baek et al., 2019).

En su interacción con la Afectividad Negativa la SA se asoció a los síntomas de ansiedad social, la activación ansiosa, y a los diagnósticos de trastornos del estado de ánimo y ansiedad (Zvolensky et al., 2016).

### DISCUSIÓN E IMPLICANCIAS CLÍNICAS

Tanto el ASI-3 como el ACQ y BSQ son instrumentos que arrojan información valiosa para los psicólogos clínicos. En el caso del ACQ y el BSQ tienen la posibilidad de discriminar entre población clínica y población no clínica, tanto en pacientes con pánico y agorafobia (Chambless et al., 1984; Bouvard et al., 1998; Michałowski & Holas, 2013; Stephenson et al., 1999) como en pacientes con otros TA (Chambless & Gracely, 1989).

Por otro lado, el ACQ y el BSQ han sido utilizados como medidas específicas para evaluar el progreso terapéutico en sujetos con Trastorno de Pánico y en casos de Agorafobia (Clark et al., 1994; Bakker et al., 2002).

Sería relevante para los psicólogos clínicos tener en cuenta diversas estructuras factoriales para comprender y evaluar perfiles sintomáticos en los pacientes. El ACQ fue confeccionado originalmente (Chambless et al., 1984) con dos factores: las preocupaciones sociales y comportamentales (p. ej., actuar como un tonto o volverse loco) y las preocupaciones físicas (p. ej., tener un ataque cardíaco o morirse). Esta estructura bifactorial fue replicada en diversas versiones (Arrindell, 1993; Bouvard et al., 1998; Kotov et al., 2005; Michałowski & Holas, 2013; Stephenson et al., 1999).

En tanto el BSQ fue confeccionado originalmente de modo unidimensional (Chambless et al., 1984) y si bien esta estructura fue confirmada posteriormente (Arrindell, 1993), también una estructura de tres

factores (somático, cardíaco y psicosenso-rial) fue hallada (Stephenson et al., 1998). Cuando las respuestas a los dos cuestionarios se analizaron juntas, se identificaron cuatro factores con síntomas y pensamientos asociados: cardiovasculares, neurológicos, gastrointestinales y conductuales (Chambless et al., 2000).

Los factores de ambos instrumentos podrían ser útiles para evaluar blancos de intervención en estrategias de exposición, así como para evaluar el progreso terapéutico, siendo que los instrumentos demostraron ser sensibles al tratamiento (Chambless et al., 1984).

Considerando que la SA fue señalada como un blanco de intervención transdiagnóstico (Boswell et al., 2013; Smits et al., 2019) el ASI-3 es considerado una buena medida de evaluación del progreso terapéutico (McHugh, 2019). Si se tiene en cuenta la elevada comorbilidad entre los diversos Trastornos de Ansiedad y otros trastornos internalizadores como la depresión (Essau et al., 2018), podría ser útil tomar como blancos de intervención ciertos procesos transdiagnósticos, como es el caso de la SA (Olthuis et al., 2014).

## CONCLUSIÓN

Tanto el Miedo al Miedo como la Sensibilidad Ansiosa son constructos que se desarrollaron para enriquecer la comprensión de la experiencia ansiosa de los pacientes. Partiendo de enfoques terapéuticos distintos, cada constructo caracterizó a este fenómeno de una manera particular, teniendo algunas diferencias en la conceptualización, en las vías etiológicas para

adquirirlo y en su naturaleza (concepto de tipo estado o rasgo), pero refiriéndose esencialmente a lo mismo: el temor a experimentar miedo o ansiedad. Ambos constructos tuvieron modificaciones a lo largo del tiempo, informados por las investigaciones. Del mismo modo que los constructos, los instrumentos con los que se evalúan resultan de interés para los psicólogos clínicos en la evaluación diagnóstica, por su capacidad de distinguir población clínica y no clínica, y en la evaluación del progreso psicoterapéutico. La SA tuvo amplias asociaciones con presentaciones clínicas más allá del pánico, y se consolidó como un blanco de intervención transdiagnóstico, lo que motiva el uso de ASI como medida complementaria en la evaluación del progreso psicoterapéutico. Por su parte, el uso del BSQ y ACQ permite la distinción de diversos perfiles sintomáticos, brindando mayor detalle. Abordar la manera particular en la que cada paciente padece la ansiedad puede ser el puntapié para desarrollar estrategias de intervención específicas. En relación con la ansiedad anticipatoria, los instrumentos pueden informar sobre aquellos síntomas o consecuencias de la ansiedad que cada paciente en particular intenta prevenir y orientar a los psicólogos clínicos en qué sentido es conveniente realizar las intervenciones. La correcta identificación de los blancos de tratamiento ahorra tiempo y favorece la adherencia al tratamiento.

## REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed.* American Psychiatric Association: Arlington.
- Arrindell, W. A. (1993). The fear of fear concept: Evidence in favour of multidimensionality. *Behaviour Research and Therapy, 31*(5), 507-518. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(93\)90133-F](https://doi.org/10.1016/0005-7967(93)90133-F)
- Baek, I. C., Lee, E. H., & Kim, J. H. (2019). Differences in anxiety sensitivity factors between anxiety and depressive disorders. *Depression and Anxiety, 36*(10), 968-974. <https://doi.org/10.1002/da.22948>
- Bakker, A., Spinhoven, P., Van Balkom, A. J., & Van Dyck, R. (2002). Relevance of assessment of cognitions during panic attacks in the treatment of panic disorder. *Psychotherapy and psychosomatics, 71*(3), 158-161. <https://doi.org/10.1159/000056283>
- Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective.* Basic Books.
- Boswell, J. F., Farchione, T. J., Sauer-Zavala, S., Murray, H. W., Fortune, M. R., & Barlow, D. H. (2013). Anxiety sensitivity and interoceptive exposure: A transdiagnostic construct and change strategy. *Behavior therapy, 44*(3), 417-431. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.03.006>
- Bouvard, M., Cottraux, J., Talbot, F., Mollard, E., Duhem, S., Yao, S. N., & Cungi, C. (1998). Validation of the French translation of the Agoraphobic Cognitions Questionnaire. *Psychotherapy and psychosomatics, 67*(4-5), 249-253. <https://doi.org/10.1159/000012287>
- Chambless, D. L., Caputo, G. C., Bright, P., & Gallagher, R. (1984). Assessment of fear of fear in agoraphobics: the body sensations questionnaire and the agoraphobic cognitions questionnaire. *Journal of consulting and clinical psychology, 52*(6), 1090. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.52.6.1090>
- Chambless, D. L., & Goldstein, A. J. (1988). Fear of fear: a reply to Reiss. *Behavior Therapy, 19*, 85-88. [https://doi.org/10.1016/s0005-7894\(88\)80059-5](https://doi.org/10.1016/s0005-7894(88)80059-5)
- Chambless, D. L., & Gracely, E. J. (1989). Fear of fear and the anxiety disorders. *Cognitive Therapy and Research, 13*(1), 9-20. <https://doi.org/10.1007/bf01178486>
- Chambless, D. L., Beck, A. T., Gracely, E. J., & Grisham, J. R. (2000). Relationship of cognitions to fear of somatic symptoms: a test of the cognitive theory of panic. *Depression and anxiety, 11*(1), 1-9. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)15206394\(2000\)11:1<1::aid-da1>3.0.co;2-x](https://doi.org/10.1002/(sici)15206394(2000)11:1<1::aid-da1>3.0.co;2-x)

- Clark, D. M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24(4), 461–470. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(86\)90011-2](https://doi.org/10.1016/0005-7967(86)90011-2)
- Clark, D. M., Salkovskis, P. M., Hackmann, A., Middleton, H., Anastasiades, P., & Gelder, M. (1994). A comparison of cognitive therapy applied relaxation and imipramine in the treatment of panic disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 164(6), 759–769. <https://doi.org/10.1192/bjp.164.6.759>
- Cox, B. J., Borger, S. C., Taylor, S., Fuentes, K., & Ross, L. M. (1999). Anxiety sensitivity and the five-factor model of personality. *Behaviour Research and Therapy*, 37(7), 633–641. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(98\)00174-0](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(98)00174-0)
- Craske, M. G., Rauch, S. L., Ursano, R., Prenoveau, J., Pine, D. S., & Zinbarg, R. E. (2009). What is an anxiety disorder? *Depression and anxiety*, 26(12), 1066–1085. <https://doi.org/10.1002/da.20633>
- Deacon, B., & Abramowitz, J. (2006). Anxiety sensitivity and its dimensions across the anxiety disorders. *Journal of anxiety disorders*, 20(7), 837–857. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2006.01.003>
- Essau, C. A., Lewinsohn, P. M., Lim, J. X., Ho, M. H. R., & Rohde, P. (2018). Incidence, recurrence and comorbidity of anxiety disorders in four major developmental stages. *Journal of affective disorders*, 228, 248–253. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.12.014>
- Ghisi, M., Bottesi, G., Altoè, G., Razzetti, E., Melli, G., & Sica, C. (2016). Factor structure and psychometric properties of the Anxiety Sensitivity Index-3 in an Italian community sample. *Frontiers in psychology*, 7, 160. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00160>
- Goldstein, A. J., & Chambless, D. L. (1978). A reanalysis of agoraphobia. *Behavior therapy*, 9(1), 3–16. [https://doi.org/10.1016/s0005-7894\(78\)80053-7](https://doi.org/10.1016/s0005-7894(78)80053-7)
- Hayes, S. C., Ciarrochi, J., Hofmann, S. G., Chin, F., & Sahdra, B. (2022). Evolving an idionomic approach to processes of change: Towards a unified personalized science of human improvement. *Behaviour research and therapy*, 156, 104–155. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2022.104155>
- Kemper, C. J., Ziegler, M., & Taylor, S. (2009). Überprüfung der psychometrischen qualität der deutschen Version des Angstsensitivitätsindex-3. *Diagnostica*, 55(4), 223–233. <https://doi.org/10.1026/0012-1924.55.4>
- Kotov, R., Schmidt, N.B., Zvolensky, M.J., Vinogradov, A., Antipova, A.V. (2005) Adaptation of panic-related psychopathology measures to Russian. *Psychological Assessment*, 17(2), 242–6. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.17.2.242>
- McHugh, R. K. (2019). Assessing anxiety sensitivity. In J. A. J. Smits, M. W. Otto, M. B. Powers, & S. O. Baird (Eds.), *The clinician's guide to anxiety sensitivity treatment and assessment* (pp. 9–29). Elsevier Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-813495-5.00002-4>
- McNally, R. J., & Lorenz, M. (1987). Anxiety sensitivity in agoraphobics. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 18(1), 3–11. [https://doi.org/10.1016/0005-7916\(87\)90065-6](https://doi.org/10.1016/0005-7916(87)90065-6)
- McNally, R.J (1999) Theoretical Approaches to the fear of anxiety. In Taylor, S. (Ed.), *Anxiety Sensitivity: Theory, Research, and Treatment of the Fear of Anxiety (1st ed.)*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781410603326>
- Michalowski, J. M., & Holas, P. (2013). Polish adaptation and validation of the Agoraphobic Cognitions Questionnaire and the Body Sensations Questionnaire. *Psychiatria Polska*, 47(4), 679–687. <https://doi.org/10.1037/t60147-000>
- Muris, P., Schmidt, H., Merckelbach, H., & Schouten, E. (2001). Anxiety sensitivity in adolescents: factor structure and relationships to trait anxiety and symptoms of anxiety disorders and depression. *Behaviour research and therapy*, 39(1), 89–100. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(99\)00179-5](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(99)00179-5)
- Naragon-Gainey, K. (2010). Meta-analysis of the relations of anxiety sensitivity to the depressive and anxiety disorders. *Psychological bulletin*, 136(1), 128. <https://doi.org/10.1037/a0018055>
- Norr, A. M., Allan, N. P., Macatee, R. J., Keough, M. E., & Schmidt, N. B. (2014). The effects of an anxiety sensitivity intervention on anxiety, depression, and worry: Mediation through affect tolerances. *Behaviour research and therapy*, 59, 12–19. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.05.011>
- Olatunji, B. O., & Wolitzky-Taylor, K. B. (2009). Anxiety sensitivity and the anxiety disorders: a meta-analytic review and synthesis. *Psychological bulletin*, 135(6), 974. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2008.08.006>
- Olthuis, J. V., Watt, M. C., & Stewart, S. H. (2014). Anxiety Sensitivity Index (ASI-3) subscales predict unique variance in anxiety and depressive symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(2), 115–124. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.04.009>
- Reiss, S., & McNally, R. J. (1985). Expectancy model of fear. En S. Reiss & R. R. Bootzin (Eds.), *Theoretical issues in behavior therapy* (pp.107–121). Academic Press.
- Reiss, S. (1987). Theoretical perspectives on the fear of anxiety. *Clinical Psychology Review*, 7(6), 585–596. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(87\)90007-9](https://doi.org/10.1016/0272-7358(87)90007-9)
- Reiss, S., Peterson, R. A., Gursky, D. M., & McNally, R. J. (1986). Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness. *Behaviour research and therapy*, 24(1), 1–8. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(86\)90143-9](https://doi.org/10.1016/0005-7967(86)90143-9)
- Rodríguez De Behrends, M., & Brenlla, M. E. (2016). Evaluación preliminar de las propiedades psicométricas del Índice de Sensibilidad a la Ansiedad (ASI-3) [Ponencia]. VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XXIII Jornadas de Investigación, XII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Argentina.
- Sandín, B., Valiente, R. M., Chorot, P., & Santed, M. A. (2007). ASI-3: nueva escala para la evaluación de la sensibilidad a la ansiedad. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 12(2). <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.12.num.2.2007.4036>
- Schmidt, N. B., Lerew, D. R., & Jackson, R. J. (1997). The role of anxiety sensitivity in the pathogenesis of panic: prospective evaluation of spontaneous panic attacks during acute stress. *Journal of abnormal psychology*, 106(3), 355. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.106.3.355>
- Schmidt, N. B., Lerew, D. R., & Jackson, R. J. (1999). Prospective evaluation of anxiety sensitivity in the pathogenesis of panic: replication and extension. *Journal of abnormal*

- psychology*, 108(3), 532. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.108.3.532>
- Schmidt, N. B., Zvolensky, M. J., & Maner, J. K. (2006). Anxiety sensitivity: Prospective prediction of panic attacks and Axis I pathology. *Journal of psychiatric research*, 40(8), 691-699. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2006.07.009>
- Smits, J. A., Otto, M. W., Powers, M. B., & Baird, S. O. (2019). Anxiety sensitivity as a transdiagnostic treatment target. In *The clinician's guide to anxiety sensitivity treatment and assessment* (pp. 1-8). Elsevier Academic Press. <https://doi.org/10.1016/b978-0-12-813495-5.00001-2>
- Solari, A., Bogiaizian, D., Maglio A. L. (2016) Índice de Sensibilidad Ansiosa - 3: Evaluación de sus propiedades psicométricas con población de Buenos Aires. *Anuario ANXIA*, 22, 28-32
- Solari, A., Bogiaizian, D., Maglio, A., López Salazar, P., Liceaga, R., & Cía, A. (2019). Evaluando el miedo al miedo: Adaptación del BSQ y ACQ en población de Buenos Aires [Ponencia]. En J. C. Tenconi (Presidencia), XXIV Congreso Argentino de Psiquiatría. Congreso llevado a cabo en Mar del Plata, Provincia de Buenos Aires, Argentina.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R., & Lushene, R. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Consulting Psychologist Press.
- Stein, M. B., Jang, K. L., & Livesley, W. J. (1999). Heritability of anxiety sensitivity: A twin study. *American Journal of Psychiatry*, 156(2), 246-251. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.2.246>
- Stephenson, R., Marchand, A., & Lavallee, M. C. (1998). Validation du questionnaire des sensations physiques auprès de la population canadienne-française [Validation of a questionnaire of physical sensations in a French-Canadian population]. *L'Encephale*, 24(5), 415-425. <https://doi.org/10.1037/h0087188>
- Stephenson, R., Marchand, A., & Lavallée, M. C. (1999). A Canadian French Adaptation of the Agoraphobic Cognitions Questionnaire: Cross-cultural Validation and Gender Differences. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 28(2), 58-69. <https://doi.org/10.1080/028457199440016>
- Taylor S. & Fedoroff I. C. (1999). The Expectancy Theory of Fear, Anxiety, and Panic: A Conceptual and Empirical Analysis. En Taylor S. (comp). *Anxiety Sensitivity. Theory, Research and Treatment of the Fear of Anxiety* (17-33). New Jersey, USA. LEA Publishers.
- Taylor, S., Zvolensky, M. J., Cox, B. J., Deacon, B., Heimberg, R. G., Roth Ledley, D., Abramowitz, J. S., Holaway, R. M., Sandin, B., Stewart, S. H., Coles, M., Eng, W., Daly, E. S., Arrindell, W. A., Bouvard, M., Jurado Cardenas, S. (2007). Initial Validation of the Anxiety Sensitivity Index—3. *Psychological Assessment*, 19 (2), 176-188. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.19.2.176>
- Weems, C. F., Hayward, C., Killen, J., & Taylor, C. B. (2002). A longitudinal investigation of anxiety sensitivity in adolescence. *Journal of abnormal psychology*, 111(3), 471-477. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.111.3.471>
- Wheaton, M. G., Deacon, B. J., McGrath, P. B., Berman, N. C., & Abramowitz, J. S. (2012). Dimensions of anxiety sensitivity. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(4), 401-408. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2012.01.002>
- Zavos, H., Gregory, A. M., & Eley, T. C. (2012). Longitudinal genetic analysis of anxiety sensitivity. *Developmental Psychology*, 48(1), 204. <https://doi.org/10.1037/a0024996>
- Zinbarg, R. E., Barlow, D. H., & Brown, T. A. (1997). Hierarchical structure and general factor saturation of the Anxiety Sensitivity Index: Evidence and implications. *Psychological Assessment*, 9(3), 277-284. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.9.3.277>
- Zvolensky, M. J., Paulus, D. J., Bakhshaie, J., Garza, M., Ochoa-Perez, M., Medvedeva, A., & Schmidt, N. B. (2016). Interactive effect of negative affectivity and anxiety sensitivity in terms of mental health among Latinos in primary care. *Psychiatry Research*, 243, 35-42. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.06.006>