

TRATAMIENTO DE UN CASO DE TRASTORNO DE AGORAFOBIA SIN TRASTORNO DE PANICO CON TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL

Cecilia CHAU PEREZ-ARANIBAR(*)

PALABRAS CLAVE : Agorafobia - Terapia Cognitivo - Conductual
KEY WORDS : Agoraphobia - Cognitive Behavioral Therapy

Se presenta el caso de un paciente varón, de 32 años de edad con trastorno de Agorafobia sin historia de Trastorno de Pánico. Fue atendido en la Unidad Interdisciplinaria de Terapia del Comportamiento del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi" bajo un paradigma Cognitivo-conductual. Se aplicaron las siguientes técnicas: exposición (in vivo), Terapia Racional Emotiva, confrontación directa de sus pensamientos, inoculación de estrés, solución de problemas y entrenamiento en habilidades sociales. Después de 15 sesiones se logró la remisión sintomatológica que se ha mantenido luego de 18 meses de seguimiento.

AN AGORAPHOBIA WITHOUT PANIC DISORDER CASE TREATMENT FROM A COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY VIEWPOINT.

The case of a 32 year old male with agoraphobia without history of Panic Disorder is presented. He was taken care of at the Interdisciplinary Behavior Therapy Unit of the Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi" under the paradigm of Cognitive - behavioral therapy. The following techniques were applied: Exposition (in vivo), Rational Emotive Therapy, direct confrontation to his thoughts, Stress Inoculation, Problem Solving and Social Skill Training. After 15 sessions the symptom remission was obtained which was sustained after 18 months follow-up.

(*) Interna de Psicología, Pontificia Universidad Católica. Lima.

INTRODUCCION

La Agorafobia sin antecedentes de Trastorno de Pánico consiste en el temor a estar solo en lugares o situaciones de los cuales salir o escapar resulta difícil o embarazoso, o en los que no se puede contar con ayuda pronta en caso de desarrollarse "síntomas incapacitantes" e igualmente humillantes. Los ejemplos más frecuentes de síntomas agorafóbicos son el estar fuera del hogar sin compañía, estar entre una multitud, en un puente, formando una fila, viajando en omnibus, ferrocarril o automóvil. El temor conduce a emitir conductas evitativas con gradual a severa reducción de las actividades cotidianas (APA, 1987; Alarcón, 1991; Goldman, 1989).

La Terapia Racional Emotiva (TRE) es un método de psicoterapia que tiene un énfasis marcadamente cognitivo, basado en el principio que los afectos y las conductas de una persona están determinados por el modo que tiene de estructurar el mundo (cognición). Desde este punto de vista, las perturbaciones emocionales son causadas por las creencias irracionales.

La TRE enfatiza la "Reestructuración Cognitiva" o el cuestionamiento o confrontación de acuerdo a su teoría del A-B-C de la perturbación emocional. Lo que las personas etiquetan como "sus reacciones emocionales" no son causadas por el ambiente, sino por las reacciones individualizadas en la forma de evaluaciones, interpretaciones y filosofías. De esto se deriva que todos tenemos potencial de poder controlar la forma en que nos sentimos y nos comportamos (Ellis y Grieger, 1981; Golfried, 1980; Navas, 1988; Yankura y Dryden, 1990; Freeman, Pretzer, Fleming y Simon, 1990; Guidano y Liotti, 1983; Michelson y Ascher, 1987). Así, el paciente aprende a discriminar los efectos que tienen sus pensamien-

tos o sus concepciones sobre las emociones y su comportamiento y aprende a controlarlos, cuestionándolos o modificándolos.

En diferentes estudios se ha señalado la importancia de los pensamientos irracionales como predictores de las conductas de evitación (Warren, Zgourides y Jones, 1989) y dos aspectos del manejo de la ansiedad; control de las señales de ansiedad (Butler, Gelder, Hibbert, Cullington y Klimes, 1987; Meichenbaum y Jarembo, 1987). La Técnica de Inoculación de Estrés está diseñada para el manejo de los componentes cognitivos, fisiológicos y conductuales del estrés (Holcomb, 1986) donde la relajación es enseñada como una habilidad de afrontamiento adicional.

La exposición (in vivo) a las situaciones fóbicas es un tratamiento efectivo para la agorafobia y otras fobias (Emmelkamp y Mersh, 1982; Marks, 1978, 1989, 1996, Marks y Horder, 1987; Mavissakavian y Barlow, 1981). Emmelkamp y Wessels (1975) han encontrado una clara ventaja de la exposición in vivo prolongada sobre la efectuada sólo en la imaginación y ha quedado claro que gran parte del tratamiento conductual consiste en enseñar a los pacientes lo que han de hacer entre las sesiones terapéuticas y estructurar ejercicios que han de hacer en casa que se ha denominado "prácticas de autoexposición" (Marks, 1985; Gosh y Marks, 1987; Crasko de Street y Barlow, 1989; Burns, Thorpe y Cavallaro, 1986; Freeman, Pretzer, Fleming y Simon, 1990; Guidano y Liotti, 1983; Michelson y Ascher, 1987).

METODO

DESCRIPCION DEL SUJETO

Paciente de 32 años de edad, de raza mestiza, natural de Lima, casado. ocupa el cargo de Jefe de Seguri-

dad en una empresa. Acude a la Unidad Interdisciplinaria de Terapia del Comportamiento (UITC) del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi" el 25-02-91 solicitando ayuda por presentar "temor a caminar por las calles" definido como la "sensación de perder el control de si mismo y volverse loco". Esto sucede al estar fuera de casa, en lugares abiertos y transitados; plazas y calles; en lugares cerrados; tiendas comerciales, ómnibus, mercados, restaurantes, así como al asistir a reuniones sociales y cines. Este temor va acompañado de un sentimiento de "angustia y de desesperación" definidos como sudoración de manos, temblor de todo el cuerpo (especialmente piernas y brazos), respiración entrecortada, "sensación de estómago flojo y de querer ir al baño", presión en el pecho, excesiva salivación, y pensamientos tales como: "me va a suceder algo, me voy a morir, a asfixiar y atorar con mi propia saliva"; "no voy a saber nada de mí, voy a ser un loco más y probablemente nadie me ayude, si me pongo nervioso y me pasa algo". Además, presenta un temor a subir a los ascensores: "de repente no se abre la puerta y nos quedamos atrapados y muero por asfixia". Ante el problemas, ha intentado relajarse, escapar o evitar las situaciones que evalúa como potencialmente peligrosas.

El problema se ha presentado desde 1989 al transportarse en ómnibus. Posteriormente, se fue incrementando y generalizando a otras situaciones, teniendo que movilizarse acompañado de un familiar, llevar consigo una botella con agua, comer los alimentos en trozos pequeños o licuados. Además, tiene discusiones frecuentes con su esposa y se muestra intolerante frente a terceras personas.

La evaluación Cognitiva Conductual demostró la presencia de las siguientes conductas problema:

Agorafobia (problema principal)
 Creencias irracionales
 Déficit en habilidades sociales
 Fobia a entrar a los ascensores

1. **Agorafobia:** El paciente experimenta sentimientos de miedo y temor a "perder el control de sí mismo y volverse loco"; "asfixiarse", cuando se encuentra fuera de los límites de seguridad que se ha trazado; tanto en lugares abiertos como cerrados, transitados y llenos de gente.

Este temor va acompañado de un sentimiento de angustia y desesperación, manifestados por sudoración de las manos, temblor del cuerpo (piernas y brazos), respiración entrecortada, presión del pecho, "molestia en el estómago" querer ir al baño; incremento de salivación; y los pensamientos ya descritos anteriormente temiendo hacer el ridículo frente a las demás personas, lo cual lo lleva a emitir conductas como pedir que lo acompañen; llevar consigo una botella con agua; o huir de la situación.

El análisis funcional de las conductas problema permite realizar una evaluación de cuáles son las situaciones en las que aquellas se presentan con mayor frecuencia, identificando los eventos antecedentes (o estímulos discriminativos; estímulo que indica que se va a reforzar cierta conducta y su presencia puede aumentar la probabilidad de que ocurra la respuesta), la variable orgánica y cómo esto influye en que se mantenga la conducta problema.

Los eventos antecedentes externos son: encontrarse fuera de casa en lugares abiertos y transitados, como plazas y calles; y en lugares cerrados con gente, como tiendas comerciales e iglesias, y viajar fuera de Lima.

Los eventos antecedentes internos son los pensamientos anticipatorios de fracaso, como por ejemplo:

"yo ya sé lo que me va a pasar si voy al centro de Lima", "no podré

dominarme, mejor no voy o le pido a mi esposa que me acompañe", y pensamientos relacionados a su experiencia pasada, como recuerdos.

En la variable orgánica se consideran (a) la historia previa de reforzamiento que hace referencia a cómo se han ido adquiriendo las conductas desadaptativas a través de las experiencias de vida. Este aprendizaje se puede dar por cuatro tipos de condicionamiento: Condicionamiento clásico, operante, vicario o cognitivo; (b) las cogniciones que son las formas habituales de pensar, razonar basados en las creencias que pueden ser racionales o irracionales que llevan a interpretar sucesos de la vida presente, pasada y futura. Las creencias irracionales son las que conducen a la perturbación emocional; c) la personalidad que se evaluó a través de la entrevista y del Inventario de Personalidad de Eysenck (Forma B). El paciente se caracteriza por ser una persona insegura, inestable, con una imagen devaluada de sí mismo, tendiendo a aceptar las valoraciones desfavorables como lógicas y precisas y autocriticarse. Si bien se muestra como una persona comunicativa, están presentes los sentimientos de tristeza, producto del recuerdo de experiencias pasadas en relación fundamentalmente a su problema y su pareja. Considera que no tiene control sobre sí mismo y que "ha dejado de ser él", producto de sus dificultades. Se muestra intolerante, impaciente y poco empático cuando la realidad no cubre sus expectativas, tendiendo a experimentar sentimientos de frustración y cólera. Es una persona dependiente, con dificultades para tomar decisiones en cuanto a su vida personal y tiende a ponerse "nervioso" frente a las situaciones que evalúa como potencialmente peligrosas; y(e) la variables sociocultural hace referencia a las influencias del medio en relación a los roles y normas so-

ciales, cultura e ideología del grupo al que pertenece. En este caso, el paciente comparte las creencias sobre mitos y supersticiones.

Los eventos consecuentes externos son (a) emitir conductas de escape y/o evitación, tales como retirarse del lugar; dejar de asistir a reuniones sociales y/o solicitar a un familiar o amigo que lo acompañe y b) recibir retroinformación externa, como los comentarios de sus familiares o amigos. "Cuándo podrás irte solo?", "Yo te acompañaré". Los eventos consecuentes internos son (a) las autoevaluaciones negativas de su desempeño en términos de incapacidad ("no enfrente las cosas, soy una persona demasiado nerviosa y muy sugestionable") y (b) darse cuenta del incremento de sus respuestas fisiológicas.

2. Creencias Irracionales: Definidas como esquemas mentales que dirigen a la persona a interpretar la realidad de manera idiosincrática, que le originan emociones negativas tales como: miedo, temor, vergüenza, tristeza, frustración, cólera, cuya validez es mantenida por medio de errores al procesar la información que se recibe del medio y los cuales lo llevan a actuar.

Las concepciones irracionales más importantes identificadas en el paciente fueron:

- "Es más fácil evitar que enfrentar las dificultades y responsabilidades de la vida".
- "Ciertas personas son perversas, malvadas y villanas y deberían ser castigadas".
- "Debemos sentirnos temerosos o ansiosos acerca de cualquier cosa desconocida, incierta o potencialmente peligrosa".
- "Es horrible y catastrófico cuando las cosas no son de la manera en que nos gustaría que fueran".
- "Necesitamos algo y/o alguien más grande o más fuerte que nosotros

mismos en quien confiar y apoyarnos" - "El pasado tiene mucha importancia para determinar el presente".

Los eventos antecedentes externos son: exponerse a las situaciones que le desencadenan el problema principal y situaciones interpersonales. Los internos son: los pensamientos en relación a su experiencia pasada.

Los eventos consecuentes son las experiencias que han reafirmado sus pensamientos; la actitud de corroborarlos y pensamientos que comprueban lo que piensa de las situaciones.

3. Déficit en habilidades sociales :

El paciente presenta dificultades para expresar opiniones, reclamar derechos, decir "no" y en el manejo de sentimientos de disgusto y cólera, exacerbándose al interactuar con terceros, pensando ante estas situaciones que puede perder el control y que los hechos y personas no son como los espera. Se acompaña del incremento de respuestas fisiológicas (síndrome de activación) y conductas de agresión física y verbal.

Los eventos antecedentes externos son: interactuar con personas conocidas y desconocidas. Al dar su opinión en casa o en público; al iniciar y mantener una conversación; cuando tiene que levantar la voz para expresar desacuerdo o demanda justificada; cuando la situación le exige reclamar un derecho y cuando tiene que expresar disgusto o cólera a familiares cercanos, especialmente madre, hermanos y esposa. Los eventos antecedentes internos son los pensamientos anticipatorios de fracaso, tales como, "no lo haré bien", "mejor no digo nada porque seguro me voy a poner nervioso y voy a gritarles".

Los eventos consecuentes externos son: (a) las conductas de escape y evitación que el paciente emite, tales como: responder con monosílabos, retirarse del lugar, gritar o discutir; quedarse callado, mirar hacia otro

lado, bajar la mirada; (b) recibir retroinformación externa, comentarios de sus familiares; "otra vez con lo mismo, siempre te molestas o gritas"; (c) conductas de sus familiares, tales como; retirarse del lugar levantando los hombros y las manos, gritar o dejar de hablarle por un tiempo.

En cuanto a los eventos consecuentes internos se encuentran la retroinformación interna realizando una evaluación de su desempeño con pensamientos tales como: "estuve muy irritable y malhumorado", "me dieron ganas de pegarle", "me quedé callado". Además, evalúa y se da cuenta que se pone tenso: "casi me pongo a temblar y me latía el corazón".

Además de las conductas problema descritas, el paciente presenta recursos como : realizar su trabajo eficientemente, desempeñándose como Jefe de Seguridad de una empresa y ser capaz; a pesar de sus dificultades, de tomar decisiones como: participar en las reuniones de trabajo y en actividades sociales; salir a la calle hasta 15 cuadras de distancia de su casa llevando consigo una botella con agua; tener iniciativa para establecer una pequeña empresa de confección y reparación de calzado.

PROCEDIMIENTO

INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Se utilizaron los siguientes instrumentos:

1. La entrevista (Fernández - Ballesteros y Carrobles, 1986; Golfried, 1981).
2. Registro(s) de la(s) conducta(s) problema (Fernández-Ballesteros Carrobles, 1986; Navas, 1988).
3. Historia Clínica Conductual (Fernández-Ballesteros y Carrobles, 1986; Golfried, 1981).
4. Inventario de temores de Wolpe

(Bartolomé-Carrobles y Costa del Ser, 1979).

5. Inventario de Creencias Irracionales de Navas (Navas, 1988).

6. Escala de Asertividad de Rathus (Navas, 1991).

7. Inventario de Personalidad de Eysenck y Eysenck (Forma B) (Eysenck, 1972).

TRATAMIENTO

Las técnicas que se utilizaron para enseñar al paciente a manejar sus problemas fueron:

- Entrenamiento en Relajación Progresiva de Jacobson, modificada por Wolpe (Bernstein y Borkovec, 1983).
- Contrato conductual (Kazdin, 1975).
- Terapia Racional Emotiva (Ellis y Grienger, 1981).
- Inoculación de Estrés (Meichembaum y Jaremko, 1987).
- Técnica de exposición (Marks, 1986).
- Técnica de solución de problemas (D'Zurilla, 1987).
- Administración del Tiempo (Davis, Robbins y Mckay, 1985).
- Entrenamiento en habilidades sociales (Davis, Robbins y Mckay, 1985).

El paciente fue atendido inicialmente con una frecuencia de tres veces por semana. Se realizaron 15 sesiones y las técnicas fueron aplicadas en forma paralela.

En las cuatro primeras entrevistas se obtuvieron los datos de filiación, motivo de consulta, desarrollo cronológico del problema, historia clínica conductual, entrenándosele, a partir de la tercera entrevista en la Técnica de Relajación Progresiva y en la elaboración de los registros.

En las siguientes sesiones se le presentó el modelo A.B.C. de Terapia Racional Emotiva y se aplicó la Técnica de confrontación directa de sus pensamientos. En la décima sesión se

le explicó la técnica de exposición (in vivo), inoculación de estrés, indicándole realizar registros de las tareas de afrontamiento. Paralelamente se identificaron y cuestionaron las creencias irracionales que lo llevan a expresar cólera.

El temor a entrar en los ascensores se manejó con la desensibilización sistemática de la que no damos mayor detalle por ser una técnica ampliamente conocida. Referimos al lector a la fuente original (Wolpe, 1979).

Si bien la retroinformación fue realizada en forma permanente, las últimas dos sesiones se dedicaron a realizar una evaluación de los avances logrados.

RESULTADOS

Después de las quince sesiones, el paciente logró movilizarse solo, caminar más allá de 15 cuadras de su casa sin llevar consigo la botella con agua; trasladarse en ómnibus sentándose lejos de la puerta; formar una fila; ir a mercados y supermercados; esperar el ómnibus en el paradero sin experimentar los síntomas descritos y viajar fuera de Lima. Además, se redujo el temor a atorarse ingiriendo alimentos sólidos.

Por otro lado, aprendió a tener una retroinformación interna diferente, teniendo como pensamiento: "estoy enfrentando todo solo", "antes yo tenía temor, ahora tengo sólo un poco de nervios, es decir, que logro controlarlo, además estoy enfrentando la situación"; y logró controlar la expresión verbal y física de sus sentimientos de cólera, mejorando su relación de pareja e interacción con terceras personas.

La fase de seguimiento se inicia a partir de abril de 1991, sin embargo, no se tiene noticias del paciente durante el conflicto laboral (huelga de trabajadores) del sector Salud que

afectó las actividades regulares del Instituto (3 meses), reanudándose después de este tiempo las sesiones en las que se pudo constatar que los logros se habían mantenido e incrementado logrando permanecer en restaurantes llenos de gente; ir a lugares donde hay mucha gente, como por ejemplo Iglesias, Centro de Lima, La Parada (Distrito de la Victoria) y superar sus temores a entrar a los ascensores. Es decir, que a pesar de la interrupción del tratamiento por un período de tiempo, por lo anteriormente señalado, las metas se han mantenido y reforzado.

En Octubre de 1991, participó en un programa de entrenamiento de habilidades sociales en la UITC migrando posteriormente a los Estados Unidos.

DISCUSION

Los resultados obtenidos en este caso de agorafobia sin historia de trastorno de pánico aplicando la Terapia Cognitivo-Conductual, comprueban la utilidad de esta técnica en el manejo de este tipo de problema. Enfatizamos la importancia de la utilización conjunta de técnicas cognitivas y conductuales en estos casos.

En el presente caso se ha podido demostrar el componente cognitivo que caracteriza a los pacientes agorafóbicos, representado por las cogniciones relacionadas a la pérdida de control, amenaza de bienestar físico e incapacidad para lidiar con los estímulos externos (Michelson y Ascher, 1987). Estas cogniciones son predictoras significativas de las conductas de escape y/o evitación, y a lo largo del tratamiento se pudo comprobar como el manejo, a través del cuestionamiento (TRE) permite cambios en la calificación de la emoción y posibilita al sujeto el afronte de las situaciones

agorafóbicas temidas.

En relación a este último punto, los resultados coinciden con una serie de investigaciones en torno a las técnicas de agorafobia (in vivo) como un tratamiento efectivo para la agorafobia y otras fobias (Emmelkamp y Merish, 1982; Marks, 1978, 1986; Marks y Horder, 1987; Mavissakavian y Barlow, 1981; Freeman, Pretzer, Fleming y Simon, 1990; Guidano y Liotti, 1983; Michelson y Ascher, 1987). Aquí debemos señalar que la exposición (in vivo) prolongada y frecuente ayudó a que el paciente pudiera realizar el cuestionamiento de sus creencias irracionales eficazmente. Durante el tratamiento con exposición, el paciente se dió cuenta que su ansiedad disminuyó después de un tiempo y que los eventos a los cuales temía no ocurrieron, logrando tener un sentido de autocontrol y autoeficacia en corto tiempo, lo que facilitó el logro de las metas terapéuticas.

Las características del paciente tales como, la decisión de llevar a cabo las tareas asignadas por el terapeuta; hacer uso de sus nuevas habilidades y el haber logrado que su sistema de evaluación disfuncional cambie a un sistema de evaluación funcional fueron factores importantes en los logros obtenidos.

Por otro lado, estos resultados pueden generar preguntas en cuanto a los alcances de la Terapia Cognitivo-Conductual, especialmente, si la persona no se encuentra lo suficientemente motivada para exponerse a las situaciones temidas. Sin embargo, el trabajo a nivel cognitivo puede facilitar el acceso al afronte de la situación fóbica.

Finalmente, consideramos necesario señalar que la forma de abordar el caso es integral; es decir, que se van trabajando paralelamente los otros problemas del paciente, lo que también contribuye al logro de las metas terapéuticas a corto plazo.

REFERENCIAS

1. ALARCON, R. (1991). Trastornos por Angustia. En: PERALES, A.; ZAMBRANO, M.; VASQUEZ-CAICEDO, G. Y MENDOZA, A. (Editores) (1991). Manual de Psiquiatría "Humberto Rotondo", Lima: Enotria.
2. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1987). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Third Edition. Revised (DSM III-R). Washington D.C.: APA
3. BARTOLOME-CARROBLES Y COSTA DEL SER (1979). La Práctica de la Terapia de la Conducta. Madrid : Pablo del Río.
4. BERNSTEIN, D. Y BORKOVEC, T. (1983). Entrenamiento en Relajación Muscular Progresiva. Bilbo: Desclée de Brouwer.
5. BURNS, L.; THORPE, G. y CAVALLARO, L. (1986). Agoraphobia 8 years after treatment: a follow-up study interview, self-report, an behavioral data. Behavior Therapy. 17: 580-591.
6. BUTLER, G.; GELDER, M.; HIBBERT, G.; CULLINGTON, A. y KLIMES, I. (1987). Anxiety Management: Developing Effective Strategies. Behavior Research Therapy. 25: 517-522.
7. CRASKE, M.; STREET, L. y BARLOW, D. (1989). Instructions to focus upon or distract from internal cues during exposure treatment of agoraphobic avoidance. Behavior Research Therapy. 27:663-672.
8. DAVIS, M.; ROBBINS, E. Y MCKAY, M. (1985). Técnicas de Autocontrol Emocional. Barcelona: Martínez Roca.
9. D'ZURILLA, T.J. y GOLFRIED, M.R. (1971): Problem Solving and Behavior Modification. Journal of Abnormal Psychology. 78:107-126.
10. ELLIS, A.; GRIEGER, R. (1981). Manual de Terapia Racional Emotiva. Barcelona: Desclée de Brouwer.
11. EMMELKAMP, R. y WESSELS, G. (1975) Flooding in imagination vs. flooding in vivo: A. Comparison with agoraphobics. Behavior Research and Therapy. 13:7.
12. EMMELKAMP, P. y MERSH, P. (1982). Cognition and exposure in vivo in the treatment of agoraphobia: Short-term and delayed effects. Cognitive Research and Therapy. 6:72-90.
13. EYSENCK, H. (1972). Fundamentos Biológicos de la Personalidad. Barcelona: Fontanella.
14. FERNANDEZ-BALLESTEROS, R. y CARROBLES, J.A.I. (1986). Evaluación Conductual. Madrid: Pirámide.
15. FREEMAN, A.; PRETZER, J.; FLEMING, B. y SIMON, K. (1990). Clinical Applications of Cognitive Therapy. New York: Planum Press.
16. GUIDANO, V.F. y LIOTTI, G. (1983). Cognitive processes and Emotional Disorders. A Structural Approach to Psychotherapy. New York: the Guilford Press.
17. GOLDMAN, H. (1989) Psiquiatría General, México D.F.: Manual Moderno.
18. GOLFRIED (1981). Técnicas Terapéuticas Conductistas. Buenos Aires: Paidós.
19. GOSH, A. Y MARKS, I. (1987). Self-Treatment of Agoraphobia by exposure. Behavior Therapy. 18-3-16.
20. HOLCOMB, W. (1986) Stress Inoculation Therapy with anxiety and stress disorders of acute psychiatric inpatients. Journal of Clinical Psychology. 42:864-872.
21. KAZDIN, A. (1975). Modificación de la Conducta y sus Aplicaciones Prácticas. México D.F.: Manual Moderno.
22. MARKS, I. (1978). Living with fear, Nueva York: McGraw-Hill.
23. MARKS, I. (1986). Tratamiento de las neurosis. Barcelona: Martínez Roca.
24. MARKS, I. y HORDER, J. (1987). Phobias an their management. British Medical Journal. 195:589-591.
25. MAVISSAKALIAN, M. y BARLOW, D. (1981). Phobia: An overview. New York: The Guilford Press.
26. MEICHENBAUM, D. y JAREMKO, M. (1987): Prevención y Reducción del Estrés. Bilbao: Desclée de Brouwer.
27. MICHELSON, L. y ASCHER, M. (1987). Anxiety and Stress Disorders. Cognitive-behavioral Assessment and

- Treatment, New York: The Guilford Press.
28. NAVAS, J. (1988). Procesos e Innovaciones de la Terapia Racional Emotiva. Una Visión Conductual-Cognoscitiva. Puerto Rico: Jay-Ce Printing.
 29. NAVAS, J. (1991) Cómo Controlar su Ansiedad en Situaciones de Evaluación o Examen. Puerto Rico: Corripio.
 30. WARREN, R.; ZGOURIDES, G. y JONES, A. (1989) Cognitive Bias an Irrational Belief as Predictors of avoidance. Behavior Research Therapy. 27:181-188.
 31. WILLIAMS, S.L. y ZANE, G. (1989). Guided Mastery and Stimulus Exposure Treatments for Severe Performance Anxiety in Agoraphobics. Behavior Research Therapy. 27:237-245.
 32. WOLPE, J. (1979). Práctica de la Terapia de la Conducta. México: Trillas.
 33. YANKURA, J. y DRYDEN, W. (1990). Doing in RET. New York: Springer Publishing company.

Dirección Postal: Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Niguchi"
Av. Alameda Palao s/n S.M.P.

PRESENCIA DEL PASADO