

EVALUACIÓN Y FORMULACIÓN DE CASO PARA LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN COLOMBIA

RONALD TORO, DIANA OCHOA,*
FUNDACIÓN SERÉ, BOGOTÁ, COLOMBIA

Recibido: 30 de enero de 2011

Aprobado: 18 de mayo de 2011

Resumen

Los trastornos de ansiedad se constituyen en un problema de salud pública mundial y ocupan los primeros lugares en discapacidad, incluida Colombia (24% de prevalencia). En cuanto al manejo psicoterapéutico efectivo y eficiente, los tratamientos cognitivo-conductuales han mostrado entre un 80 y 90% de efectividad (Barlow, 1997), alcances atribuidos a su estructura que incluye una evaluación y formulación de caso clínico, como procesos inferenciales de causas y mantenimiento de las problemáticas. Sin embargo, localmente no se evidencian suficientes estudios de validación y adaptación de esquemas de evaluación y formulación de los trastornos de ansiedad, siendo deficiente el uso de instrumentos y procedimientos ajustados a la población colombiana. Se propone la construcción de herramientas sólidas, eficientes y reconocidas por la comunidad científica.

Palabras clave: Ansiedad, Formulación Cognitiva de Caso.

EVALUATION AND CASE FORMULATION PROCESS OF ANXIETY DISORDERS IN COLOMBIA

Abstract

Anxiety disorders are considered as a mental public health problem that ranks first disability worldwide, including Colombia (24% of prevalence). Regarding the psychotherapeutic management, in terms of effectiveness and efficiency, the cognitive-behavioral treatments have shown 80-90% effectiveness (Barlow, 1997), scope attributed to its structure which includes evaluation and formulation of clinical case, which are an inferential processes of causes and maintenance of clinical troubles. However, locally are not evident enough studies of validation and adaptation of evaluation and formulation's scheme of anxiety disorders, being deficient the use of instruments and procedures tailored to the Colombian population. It concludes to build solid, efficient and recognized tools by the scientific community.

Key words: Anxiety, Cognitive Case Formulation.

La ansiedad está definida como una anticipación a un daño posterior acompañada de sentimientos disforicos y desagradables, relacionados con peligro real o imaginario, y un reconocido valor adaptativo (Barlow, 2002; Barlow & Durand, 2001), que se manifiesta en tres canales: subjetivo- cognitivo, fisiológico-somático, y motor-conductual (Sandín & Chorot, 1995). Se constituye como un estado emocional cuya característica principal es un afecto negativo, con síntomas corporales de tensión y aprehensión de incontrolabilidad sobre sucesos futuros (American Psychiatric Association APA, 2002; Barlow & Durand, 2001; Sandín & Chorot, 1995; Sandín, 1995), ocupando el podio de las primeras causas de discapacidad en el mundo, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2005).

Las prevalencias de los subtipos de estos trastornos según la APA (2002), están entre un 1,5% a 3,5% para el trastorno de pánico (un tercio presentó agorafobia), un 9% a 11,3% en fobia específica (75% a 90% en mujeres), un 3% a 13% para fobia social, un 2,5 % para trastorno obsesivo compulsivo, un 1% a 14 % para trastorno por estrés postraumático (variabilidad explicada por el tipo de población de estudio como las víctimas de guerra y desastres naturales), y un 3% (un 60% en mujeres) en Ansiedad generalizada.

En Colombia, Posada, Buitrago, Medina y Rodríguez (2006) encontraron que el 19,3% de la población entre 18-65 años de edad tuvo alguna vez en su vida un trastorno de ansiedad, más frecuentes en las mujeres (21,8%), con la fobia específica la de ma-

* Grupo de investigación: CENTRO DE INVESTIGACIÓN EN CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS. Dirección Transversal 56 #18-96 sur. Bogotá, Colombia. Contactos: tororonald@gmail.com y dcarolina8a@psicologos.com

yor prevalencia, un 13,9% en mujeres y un 10,9% en hombres, seguido por la fobia social similar en ambos géneros con un 5%. La edad de inicio fluctuó en 7 años para la fobia específica y 28 años para el estrés postraumático. Las zonas del país en las que más presentaron son la Región Pacífica y Bogotá D.C (un 6,7% del total).

Por otra parte, en uno de los documentos publicados por la OMS (2005), destacan que los trastornos de ansiedad han venido en aumento a través de los años, y están relacionados con factores como la violencia, pobreza y consumo de sustancias psicoactivas. Además, resaltan su asociación a diversas condiciones físicas riesgosas como asma, diabetes, colesterol elevado, obesidad, hipertensión, fallas cardíacas, cáncer, y a pobres hábitos saludables como escaso ejercicio, alcoholismo, tabaquismo, y desnutrición.

Ante los datos, se puede apreciar que estos trastornos requieren del uso de intervenciones eficientes, efectivas y suficientemente rigurosas, derivadas de los trabajos empíricamente validados por los autores que han venido trabajando en las últimas décadas con guías de tratamiento y guías de práctica clínica (Becoña *et al.*, 2004), resaltadas en revisiones como la llevada a cabo para el tratamiento del trastorno de pánico por Botella (2001), ansiedad generalizada y por separación por Orgilés, Méndez, Rosa e Inglés (2003), la fobia social (Overholser, 2002), entre otras.

En el manejo psicoterapéutico efectivo y eficiente de estos trastornos, Barlow (1997), Magraf, Barlow, Clark y Telch (1993) y Clark y Salkovskis (1989), por citar algunos trabajos clásicos y más representativos, llevaron a cabo en sus países, estudios controlados en pacientes con trastorno de pánico, ansiedad generalizada y fobia social, demostrando que entre el 80 % y 90% se encuentra la eficacia de tratamiento cognitivo - conductual para cada trastorno. Así mismo, el uso combinado de medicamentos, especialmente los inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina, inhibidores de la monoaminoxidasa (Mancini, Van Ameringen, Benneth, Patterson & Watson, 2005) con terapia cognitivo conductual en adultos, han mostrado igualmente una eficacia superior a otras formas de tratamiento, incluidos los tratamientos psicofarmacológicos sin combinación (Rowa & Antony, 2005). Miller y Feeny (2003) presentaron una interesante adaptación de estos tratamientos cognitivos conductuales en niños, al ajustar sus técnicas al nivel de desarrollo del infante; un trabajo que permite apreciar las posibilidades de amplitud de los alcances de estas psicoterapias.

Por otra parte, en estudios como el llevado a cabo por Magraf, Barlow, Clark y Telch (1993) fueron resaltadas las ventajas de someter el programa de tratamiento a los estándares metodológicos, como fue obtener una estabilidad temporal de los resultados luego de haber recibido un tratamiento de tipo combinado, con un 80% libre de retorno de ataques de pánico, síntomas generales de ansiedad, cogniciones relacionadas con ansiedad, depresión y evitación fóbica (Barlow & Cerny, 1988).

El uso de procedimientos empíricamente validados como los citados en los párrafos anteriores (los empleados siguiendo el modelo cognitivo conductual y el uso combinado con psicofármacos), en los cuales luego de un estricto procedimiento metodológico, se obtuvieron resultados favorables en cuanto a efectividad y estabilidad de la remisión de síntomas, resaltan la importancia de generar adaptaciones de estos tratamientos en el contexto colombiano. Al respecto, los avances en Colombia frente al tema, desde el Ministerio de Protección Social y el Ministerio de Educación en Colombia, la Ley 1090 del 6 de Septiembre del 2006 en la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, según lo especificado en el Artículo 36 del Capítulo III, dedicado a los deberes del psicólogo con las personas objeto de su ejercicio profesional, en:

“a) hacer uso obligado del material psicotécnico en el caso que se necesite, con fines diagnósticos, guardando el rigor ético y metodológico prescrito para su debido manejo” y “e) utilizar únicamente los medios diagnósticos, preventivos, de intervención y los procedimientos debidamente aceptados y reconocidos por comunidades científicas” (p. 11), asegurando con esto leyes claras que permitan establecer políticas de mejoramiento, regulando los tratamientos disponibles y promoviendo la investigación científica en pro del mejoramiento de los mismos.

Sin embargo, al ser estas disposiciones recientes, en Colombia se evidencia atraso con respecto al desarrollo tecnológico y científico comparado con otros países (en especial Norteamérica), en las herramientas tecnológicas y procedimientos científicos de la terapia psicológica cognitivo-conductual disponibles (Londño & Valencia, 2005; Eells, 2006), lo que genera una necesidad inminente de desarrollar prácticas estandarizadas de recolección y análisis de datos, para dar un tratamiento a los trastornos como la ansiedad y la depresión en la población de este país (en la revisión de Ochoa y Toro (2010), se presentan algunas consi-

deraciones metodológicas para el desarrollo de estas prácticas en el tratamiento de la depresión unipolar no psicótica).

Al respecto, dando una respuesta a este problema, en primer lugar es sabido que el clínico se vale de diversas estrategias metodológicas para la recolección de información como la observación, entrevistas y pruebas psicométricas, en un intento de organizar las variables implicadas en cada trastorno psicológico en particular (Trull & Phares, 2003), que lo llevan a utilizar procedimientos empíricamente validados. Tal es el caso de la Terapia cognitiva (TC) desarrollada por Aaron T. Beck, la cual es un sistema de terapia caracterizada por tener una estructura definida, ser directiva y limitada en el tiempo (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979; Still & Dryden, 2003), cuyo soporte está dado por los estudios llevados a cabo durante décadas de investigación, con suficientes evidencias de los principios teóricos derivados del modelo cognitivo (Beck, 1995).

Entre las herramientas utilizadas en la TC está el proceso de recolección de información en las etapas primarias del proceso psicoterapéutico, con el uso de una estructura metodológicamente definida –la Formulación Cognitiva de Caso– que permite el establecimiento de hipótesis sobre el curso de la problemática particular y el establecimiento de un plan de tratamiento adecuado (Persons & Tompkins, 2007; Persons & Davidson, 2001; Bieling & Kuyken, 2003; Persons & Bertagnolli, 1999), siempre y cuando permita la integración de las posturas nomotéticas con los trabajos en la práctica clínica individual o idiográficas (Nezu, Nezu & Lombardo, 2006).

La Formulación Cognitiva de Caso (FCC) es por tanto, un proceso inferencial sobre factores de causa y mantenimiento de problemáticas a nivel clínico desde la teoría cognitiva para psicopatología, que describe qué creencias centrales disfuncionales, creencias intermedias y estrategias compensatorias subyacentes, ya sea por el perfil cognitivo disfuncional o sus patrones comportamentales, mantienen la problemática psicológica (Kuyken & Beck, 2006; Bieling & Kuyken, 2003). Desde la perspectiva Cognitivo-Conductual, Nezu *et al.* (2006), la definen como una descripción de síntomas ambientales e intrapersonales, que permite comprender el modo en que coexisten, provee una explicación del porqué persisten a través del tiempo, y finalmente facilita plantear los objetivos y las metas de intervención.

En la práctica de la TC, se ha sugerido para el manejo de diferentes trastornos, incluidos los de ansiedad, utilizar la propuesta de Beck (2005) en la que resume

mediante un diagrama de conceptualización de caso, en el que se integran creencias nucleares (acerca de sí mismo, los demás y el mundo) e intermedias (reglas, actitudes y presunciones), estrategias defensivas o de afrontamiento, relacionadas con tres situaciones en las cuales se detallan las cogniciones superficiales o pensamientos automáticos, emociones y conductas, que deben relacionarse en la parte superior con los datos relevantes de la infancia, aquellos que el terapeuta considera que ayudaron a conformar y mantener el esquema nuclear.

Sin embargo, al hablar de FCC y su uso extensivo, existen ciertas limitaciones tal vez debido a la ausencia de su uso masivo en los contextos terapéuticos, donde autores como Virues-Ortega y Haynes (2005) aseveran que es necesario tener en cuenta que el término *formulación de caso clínico* no es frecuente en las publicaciones de psicología clínica, o Caycedo, Ballesteros y Novoa (2008) al afirmar que *evaluación psicológica* tampoco. Por su parte, Kuyken, Fothergill, Musa y Chadwick (2005), aseveran que la desventaja principal de su uso es la falta de entrenamiento a los psicólogos clínicos cognitivos, generalmente en aspectos teóricos y la misma experiencia clínica necesaria. Mumma (1998), por su parte resalta la falta de FCC basadas en modelos teóricos validados con sus respectivos manuales de tratamiento.

En síntesis, siguiendo las conclusiones de Kuyken (2006), Bieling y Kuyken (2003), Mumma (1998) y Caycedo *et al.* (2008), el uso de las FCC en el ámbito clínico de la TC, hace necesario primero solventar las dificultades relacionadas con la integración epistemología-teoría-práctica, evidente en los errores del diligenciamiento de formulaciones elaboradas con marcos conceptuales provenientes de diferentes posturas teóricas, que no permiten minimizar el juicio clínico, ni la optimización de la toma de decisiones clínicas en la adecuada planeación del tratamiento.

Por otra parte, el diseño de guías de tratamiento y práctica clínica, requieren en principio el respeto por la ética y la confidencialidad, y estar disponibles como protocolos manualizados que permitan la orientación del clínico (Becoña *et al.*, 2004). Al igual que el Taks Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures (1995), su principal labor está enfocada hacia la evaluación empírica de los tratamientos eficaces (incluidas las guías de evaluación y FCC), su divulgación y promoción; siempre y cuando se cumplan con los requisitos mínimos de a) usar el DSM para la categorización de los trastornos, y b) la manualización del tratamiento.

De acuerdo con lo anterior, el diseño de tratamientos efectivos y eficientes para los trastornos de ansiedad, en población colombiana y los lineamientos para la evaluación de caso en primera instancia, como parte del proceso que determina la calidad de la intervención (Beck, 2005), el Task Force exige que la FCC en su etapa de diseño sea comprobada con: 1) un diseño experimental entre grupos (mínimo un $n=30$) y varios de caso único que demuestren superioridad frente a otros, 2) que se haya seguido un manual de tratamiento, y 3) que las características de los pacientes estén claramente delimitadas. Siempre siguiendo los lineamientos de eficacia del tratamiento y la utilidad clínica de la guía.

Al respecto, en la revisión de Londoño y Valencia (2005) enuncian también los aspectos más importantes para la creación de guías y protocolos de tratamiento con fundamento empírico, donde están entre otros: utilizar ensayos clínicos aleatorizados; comparaciones con grupos controles; dar cuenta de los principios activos del tratamiento; tener una muestra identificada y homogenizada; valerse de pruebas validadas y adaptadas; usar medidas de seguimiento de efectos; basarse en tratamientos suficientemente largos y basados en manuales; tener una fase de entrenamiento intensivo; estar el psicoterapeuta monitoreado por otros con mayor experiencia en el campo; analizar e interpretar los datos por expertos; revisar cuidadosamente la calidad de la investigación antes de emitir conclusiones globales sobre su eficacia y sus alcances. Para el caso del desarrollo de FCC en Colombia, estos autores sugieren diseñar instrumentos completos que puedan ser usados como guías de intervención de la ansiedad y otros trastornos específicos, en los que se describa cuidadosamente cada sesión, secuencias de acción en el proceso, trabajos y tareas terapéuticas, principios básicos, y las estrategias de evaluación y diagnóstico.

CONCLUSIONES

Los trastornos de ansiedad se constituyen como un problema de salud pública mundial que requieren, en su amplia gama de presentación, de un tratamiento empíricamente validado. En Colombia se dio a cono-

cer en el 2003 que 2 de cada 10 personas adultas tuvo alguna vez en su vida un trastorno de ansiedad, prevalente en mujeres, en zonas del pacífico y el distrito capital (Ministerio de la Protección Social & Fundación FES-Social, 2003). Ante esta problemática de salud, instituciones mundiales como el Task Force y las normatividades que competen al Colegio Colombiano de Psicólogos, procuran por el desarrollo de herramientas con el rigor metodológico, suficiente para ser aprobadas como aptas para el uso del psicólogo clínico. Entre estas herramientas están las derivadas de trabajos sobre el manejo de trastornos específicos de la ansiedad, a partir de guías de tratamiento como las elaboradas por Barlow y colaboradores, y el desarrollo terapéutico de A.T. Beck sobre los procedimientos cognitivos-conductuales, basados en la teoría cognitiva.

En primer lugar, se establece la necesidad del uso de un marco metodológico y conceptual para la recolección de la información de caso, el establecimiento de hipótesis y la toma de decisiones para el tratamiento a seguir, en este caso, la FCC como una herramienta sólida, validada empíricamente, útil para el desarrollo de un procedimiento de terapia cognitiva, la cual es una de las terapias con los mayores soportes empíricos actualmente.

En segundo lugar, teniendo en cuenta la prevalencia de los trastornos de ansiedad en población Colombiana, se desconocen procedimientos empíricamente validados de evaluación, formulación de caso clínico, diagnóstico y tratamiento cognitivo conductual. Esto permite por lo tanto sugerir el desarrollo o adaptación de herramientas sólidas con un marco conceptual amplio y epistemológicamente definido, que permita además de ser una guía de tratamiento y práctica clínica para estos trastornos, abrir un interesante campo de investigación en el área clínica aplicada; un elemento que dé respuesta a las necesidades y exigencias anteriormente citadas, como es el caso de las FCC desarrolladas por Beck y Persons, y las mismas sugerencias propuestas para el caso de la depresión unipolar (Ochoa & Toro, 2010), la cual se ha constituido como otro de los principales problemas de salud mental nacionales.

REFERENCIAS

- Asociación Psiquiátrica Americana, APA. (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Texto Revisado*. DSMIV-TR. Barcelona: Masson.
- Barlow, D. (2002). *Anxiety and Its Disorders*. (2a. Ed.). New York: the Guilford Press.
- Barlow, D. (1997). Cognitive behavior therapy for panic disorder: Current status. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58, 32-37.
- Barlow, D., & Cerny, J. (1988). *Psychological Treatment of Panic*. New York: The Guilford Press.
- Barlow, D., & Durand, M. (2001). *Psicología Anormal: Un Enfoque Integral*. México: Thompson.
- Beck, A.T. (1995). Terapia Cognitiva: Pasado, Presente y Futuro. En M. Mahoney (comp.). *Psicoterapias Cognitivas y Constructivistas. Teoría, Investigación y Práctica*. (pp. 49-61). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Beck, A.T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. Nueva York: Guilford Press.
- Beck, J.S. (2005). *Cognitive Therapy for Challenging Problems: what to do when the basics don't work*. New York: The Guilford Press.
- Becoña, E., Vázquez, M.J., Míguez, M.C., Casete, L., Llovez, M., Nogueiras, L., Lage, M., Gutiérrez, M., Baamonde, M., Lorenzo, M., Suárez, S., González, N., Vázquez, M., & Míguez, M. (2004). Guías de tratamiento y guías para la práctica clínica psicológica: Una visión desde la clínica. *Papeles del Psicólogo*, 87, 9-19.
- Bieling, P., & Kuyken, W. (2003). Is Cognitive Case Formulation Science or Science Fiction? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(1), 52-69.
- Botella, C. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno de pánico. *Psicothema*, 13(3), 465-478.
- Caycedo, C., Ballesteros, B., & Novoa, M. (2008). Análisis de un Protocolo de Formulación de Caso Clínico desde las Categorías de Bienestar Psicológico. *Universitas Psychologica*, 7(1), 231-250.
- Clark, D.M., & Salkovskis, P.M. (1989). *Cognitive Therapy for Panic and Hypochondriasis*. Oxford: Pergamon.
- Eells, T. (2006). *Handbook of Psychotherapy Case Formulation*. New York: The Guilford Press.
- Kuyken, W. (2006). Evidence-based case formulation: Is the emperor clothed? En N. Tarrow (Comp.) *Case Formulation in Cognitive Behaviour Therapy: The Treatment of Challenging and Complex Clinical Cases* (pp. 12-35). Londres: Brunner-Routledge.
- Kuyken, W., & Beck, A.T. (2006). Cognitive Therapy. En C. Freeman & M. Power (Comp.) *Handbook of Evidence-based Psychotherapies: A Guide for research and practice*. (pp. 15-40). New York: John Wiley & Sons.
- Kuyken, W., Fothergill, C., Musa, M., & Chadwick, P. (2005). The Reliability and Quality of Cognitive Case Formulation. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1187-1201.
- Londoño, C., & Valencia, S. (2005). La investigación en el proceso de soporte empírico de las terapias: Alcances y limitaciones. *Acta Colombiana de Psicología*, 13, 163-181.
- Mancini, C., Van Ameringen, M., Benneth, M., Patterson, B., & Watson C. (2005). Emerging treatments for child and adolescent social phobia: A review. *Journal of child and Adolescent Psychopharmacology*, 15(4), 589-607.
- Margraf, J. Barlow, D.H., Clark, D., & Telch, M.J. (1993). Psychological treatment of panic: work in progress on outcome, active ingredients and follow-up. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 1-8.
- Miller V. & Feeny N. (2003). Modification of cognitive behavioral techniques in the treatment of a five year old girl with social phobia. [Abstract] *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 33, 4. Recuperado de <http://www.springerlink.com/content/g75u753u11373764/fulltext.pdf?page=1>
- Ministerio de la Protección Social & Fundación FES-Social, (2003). *Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia 2003*. Recuperado de <http://www.minproteccionsocial.gov.co/MseContent/NewsDetail.asp?ID=12634yIDComp-any=24>
- Ministerio de Protección Social & Ministerio de Educación (2006). *Ley 1090*. Congreso de la República de Colombia.
- Mumma, G. (1998). Improving Cognitive Case Formulations and Treatment Planning in Clinical Practice and Research. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 12(3), 251-274.
- Nezu, A., Nezu, C.M., & Lombardo, E. (2006). *Formulación de Casos y Diseños de Tratamientos Cognitivos-Conductuales*. México: Manual Moderno.
- Ochoa, D. & Toro, R. (2010). Formulación cognitiva de caso en depresión unipolar: una propuesta metodológica para Colombia. *Revista Vanguardia Psicológica*, 1(1), 53-70.
- Organización Mundial de la Salud, OMS (2005). *Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice: Report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne*. Recuperado de <http://www.who.int/features/qa/62/en/index.html>
- Orgilés, M., Méndez, X., Rosa, A., & Inglés, C. (2003). La terapia cognitivo-conductual en problemas de ansiedad generalizada y ansiedad por separación: Un análisis de su eficacia. *Anales de Psicología*, 19(2), 193-204.
- Overholser, J. (2002). Cognitive-Behavioral Treatment of Social Phobia. [Abstract] *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 32, 2-3, Recuperado de <http://www.springerlink.com/content/m683j40327u109p7/fulltext.pdf?page=1>
- Persons, J.B., & Bertagnolli, A. (1999). Interrater Reliability of Cognitive-Behavioural Case Formulations of Depression: A replication. *Cognitive Therapy and Research*, 23, 271-283.
- Persons, J.B. & Davidson, J. (2001). Cognitive-Behavioral Case Formulation. En Dobson, K. (Comp.) *Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies*. New York: The Guilford Press.

- Persons, J.B., & Tompkins, M. (2007). Cognitive-Behavioral Case Formulations. En Tracy, D. (Comp.) *Handbook of Psychotherapy Case Formulation*. New York: The Guilford Press.
- Posada, J., Buitrago, J., Medina, Y., & Rodríguez, M. (2006). Trastornos de ansiedad según distribución por edad, género, variaciones por regiones, edad de aparición, uso de servicios, estado civil y funcionamiento/discapacidad según el Estudio Nacional de Salud Mental-Colombia. Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca. *Publicación Científica*, 4(6), 33-41.
- Rowa, K., & Antony, M. (2005). Psychological treatments for social phobia. [Abstract] *Canadian Journal of Psychiatry*, 50(6), 308-316. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15999944>
- Sandín, B. (1995). Teorías sobre los trastornos de ansiedad. En A. Belloch, B. Sandín & F. Ramos (comp.). *Manual de Psicopatología*. Vol 2. (pp. 113-169) Madrid: McGraw-Hill.
- Sandín, B., & Chorot, P (1995). Concepto y categorización de los Trastornos de ansiedad. En A. Belloch, B. Sandín & F. Ramos (comp.). *Manual de Psicopatología*. Vol 2. (pp. 53-80) Madrid: McGraw-Hill.
- Still, A., & Dryden, W. (2003). Ellis and Epictetus: Dialogue vs. Method in Psychotherapy. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 21(1), 37-55.
- Taks Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures (1995). Training and dissemination of empirically-validated psychological treatments: Reports and recommendations. *The Clinical Psychologist*, 48, 3-23.
- Trull, T. & Phares, E. (2003). *Psicología Clínica. Conceptos, Métodos y Aspectos Prácticos de la Profesión*. México: Thompson.
- Virués-Ortega, J., & Haynes, S. (2005). Functional Analysis in Behavior Therapy: Behavioral Foundations and Clinical Application. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(3), 567-587.