

## LA PREOCUPACIÓN, MAL DE NUESTROS DÍAS

Alberto Ferrer Botero\*

### *Resumen*

En este artículo, Alberto Ferrer nos muestra la preocupación como un problema central en la salud mental. Deduce que probablemente ésta es una de las razones del subdesarrollo de nuestros pueblos, ya que existe la influencia cultural que nos inculca la asociación entre la responsabilidad y preocupación.

Nos lleva a concluir que si bien la preocupación tiene funciones normales y adaptativas (la alarma ante eventuales amenazas que sirve como anticipación de estrategias de supervivencia), quedarse en ella es algo patológico, ya que genera sufrimiento e inmovilidad.

Por tal motivo, resalta la importancia de trabajar con el paciente la terapia cognitiva, la cual ha demostrado estar preparada para enfrentar la preocupación, ese «mal de nuestros días».

**Palabras clave:** Preocupación, terapia, cognición, adaptación.

### *Abstract*

In this article, preoccupation is shown as a central problem in mental health. It is deduced that probably it is one of the reasons of the

---

\* Psicólogo, Universidad de San Buenaventura; Especialista en Psicología Clínica de la Universidad del Norte; profesor del Departamento de Psicología de la Universidad de Antioquia, Universidad de San Buenaventura y tutor de la Especialización en Psicología Clínica de la Universidad del Norte.

underdevelopment of our countries because there exists the cultural influence that inculcates the association between responsibility and concern.

It concludes that although preoccupation has normal and adaptation functions (the alarm before eventual threatens which serves as an anticipation of survival strategies), staying in it is pathological because suffering and immobility are generated.

For this reason, the importance of working on the patient by using the cognitive therapy is highlighted. This therapy has shown to be prepared to face preoccupation –that «our days malady».

**Key words:** Preoccupation, cognition therapy, adaptation.

Gran parte de los problemas que los psicólogos clínicos vemos todos los días tienen un factor común: la preocupación. Recibimos permanentemente personas que están preocupadas por las más diversas causas: por la posibilidad de tener un ataque de pánico y las consecuencias de éste, por la posibilidad de tener una obsesión o una compulsión, por una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), por pasarla mal en público, por estar lejos de casa de los seres queridos, por engordar, por múltiples síntomas físicos, por creer que se tiene una enfermedad grave, por un suceso traumático, etc. Es como si la preocupación estuviera en el corazón de muchos de los trastornos mentales o fuera una consecuencia de ellos. Vistas así las cosas, la preocupación aparece como un problema central en salud mental. ¿Por qué esto es así?, ¿por qué la preocupación es tan frecuente en nuestro medio? Creo que la razón de ello se debe a que la preocupación es vista como una CUALIDAD. Desde muy pequeños hemos escuchado que las personas responsables son preocupadas. También hemos oído decir que la irresponsabilidad es despreocupación. Se nos ha inculcado que la despreocupación es sinónimo de negligencia, irresponsabilidad y desidia. Tal vez todos tenemos la imagen de ver a nuestra madre sentada, absorta en sus pensamientos, y cuando le preguntamos qué le pasa, ella nos contesta: «Yo, aquí, haciendo fuerza, mijo». Definitivamente, la preocupación fue rubricada en nuestra mente de una manera profunda. Esta rúbrica se la debemos a una mala interpretación religiosa en nuestra cultura. La constante amenaza por el

mal, por la equivocación, por el mal camino, inscribieron en nuestra cultura la preocupación como cualidad. Las personas de «bien» deberían ser personas preocupadas por el futuro y por evitar los errores. La consecuencia de ello es sufrimiento e inmovilidad. Probablemente una de las razones del subdesarrollo de nuestros pueblos sea la preocupación. Se nos enseñó de manera absurda que no podíamos cometer errores, y que si lo hacíamos deberíamos sentirnos culpables. La preocupación a cometer errores nos cercenó la posibilidad de creación y nos creó un complejo de inferioridad del que apenas nos estamos recuperando.

Si a toda esta herencia cultural le agregamos las consecuencias que sobre nuestra mente tiene la violencia absurda que estamos viviendo los colombianos, entonces la preocupación puede calificarse tranquilamente de EPIDEMIA. Estamos viviendo la epidemia de la preocupación, y estamos rodeados de un ambiente donde la preocupación parece ser adaptativa. Nos basta prender el televisor y sintonizar un noticiero para encontrar noticias espeluznantes, entonces nos preocupamos por la posibilidad de un secuestro, una «pesca milagrosa», una extorsión, una quiebra, no tener con qué mercar, etc. Cambiamos de canal y oímos a los dirigentes del país decir que están preocupados por tal o cual cosa.

¡Preocupación... preocupación!, ésta parece ser la palabra clave para la adaptación en nuestro medio. Nuevamente, como antaño, una persona despreocupada es vista compasivamente por su inocencia e ignorancia o negativamente por su dejadez y falta de conciencia. Parece estar sentenciado: Para vivir en nuestros tiempos es necesario preocuparse. La epidemia golpea a nuestra puerta y ¡ay del que se escape de ella!

Lo anterior lleva a plantear algo central: ¿es adaptativa la preocupación?, y si lo es, ¿hasta dónde lo es?, y ¿cuándo comienza lo patológico? Creo que en el fondo de la preocupación existe una función adaptativa: la alerta contra situaciones amenazantes. Esta función biológica de alerta, que puede relacionarse con el reflejo de orientación descrito por Pavlov (1980), es sin duda la base biológica de la preocupación. La reacción de alerta prepara al organismo para hacer frente a una

eventual amenaza o un acontecimiento. ¿Pero qué sucede cuando ya el organismo está informado sobre la amenaza? ¡Actúa! La actuación es la consecuencia inmediata de la alerta. Si un grupo de antílopes tienen una reacción de alerta por la presencia de leones, no lo dudan un segundo, ¡corren! Esa es la función biológica normal: la alerta antecede siempre a una actuación. Si ése fuera siempre el caso en los seres humanos, habría que decir que la preocupación tiene una función biológica normal. Sin embargo, ello no es así. Por el contrario, la preocupación genera, como lo dije anteriormente, sufrimiento e inmovilidad. En la gran mayoría de situaciones en las cuales una persona está preocupada, no vemos que la preocupación sea un antecedente de la actuación. La persona se queda preocupada, como siguiendo un ritual vacío, sin ninguna posibilidad de actuación. Podría decirse que en lugar de preparar a una acción adaptativa, la preocupación paraliza. Ese es el punto fundamental que establece lo normal y lo patológico en la preocupación: si la preocupación tiene una función de alerta y ella es seguida de una estrategia de afrontamiento, puede decirse que su función es normal; pero si además de cumplir la función de alerta se queda en ella, sin preparar ningún tipo de actuación, entonces puede decirse que la función es patológica. Podemos decir que lo patológico de la preocupación es QUEDARSE EN ELLA. Los seres humanos tendemos a enredarnos con la preocupación, nos sumimos fácilmente en ella; en ese sentido no somos como los animales, en los cuales la alerta es la anticipación de la acción. Como claramente lo ha señalado el principal investigador de la preocupación, Borkovec, la preocupación se vuelve problema cuando NO ES CONTROLABLE. Borkovec y otros (1991 y 1993) al estudiar el trastorno de ansiedad generalizada han concluido que lo fundamental de este trastorno es la preocupación no controlable. También han elaborado el *Penn State Worry Questionnaire*, instrumento psicométrico para diferenciar los pacientes con un trastorno de ansiedad generalizada de otros trastornos de ansiedad.

Todos los anteriores planteamientos llevan a concluir que si bien la preocupación tiene funciones normales y adaptativas (la alarma ante eventuales amenazas que sirve como anticipación de estrategias de supervivencia), quedarse en ella es algo patológico, ya que genera sufrimiento e inmovilidad.

A la pregunta de ¿por qué la gente se preocupa? , le hemos dado hasta ahora una respuesta, y es la influencia cultural de la cual hablamos anteriormente. Sin embargo, existe un aspecto, cultural también sin lugar a dudas, que siempre me ha parecido curioso de la preocupación, y es que quien se preocupa cree estar haciendo algo EFECTIVO para solucionar un problema. Este es un aspecto cultural importante: hay una creencia en la EFECTIVIDAD DE LA PREOCUPACIÓN. Pienso que aquí hay una especie de pensamiento mágico: las personas se preocupan para conjurar que eso –lo que les preocupa– suceda. Es como si al pensar en algo negativo que va a ocurrir evitaran justamente ese evento. Hay pues un aspecto PRAGMÁTICO en la preocupación, una creencia en su utilidad. Este punto es importante porque considero que muchas personas que se preocupan no dejan de hacerlo, aunque reconozcan la irracionalidad de la preocupación, porque creen en el fondo que están haciendo algo efectivo para evitar una amenaza. Es como si culturalmente se nos hubiera enseñado que preocupación es igual a planeación. Creo que es muy importante hacerle entender a los pacientes que no se trata de lo mismo. Veamos algunas diferencias entre ellas:

PREOCUPACIÓN	PLANEACIÓN
1. Solamente se anticipan las consecuencias negativas de una situación.	1. Se anticipan todas las consecuencias (positivas y negativas) de la situación.
2. Se anticipa que no se tendrán habilidades ni capacidades para hacer frente a la situación.	2. Se anticipan probables estrategias efectivas para enfrentar la situación.
3. Se centra fundamentalmente en la supuesta emoción negativa que se tendrá si el evento temido ocurriera.	3. Se centra fundamentalmente en una acción efectiva que se tendrá si el evento temido ocurriera.
4. No prepara para la ocurrencia del evento negativo, ya que sólo se centra en desear que esto no ocurra.	4. Prepara para la ocurrencia del evento negativo, ya que se lo ve como una eventualidad.

Con estas diferencias queda claro que no se trata de dos conceptos similares, sin embargo muchos pacientes los tratan como si fueran

iguales. Es necesario mostrarles a los pacientes las diferencias que existen entre los dos. A manera de ejemplo, recuerdo a una paciente que estaba preocupada por una posible infidelidad de su marido. Llevaba tres años en esta preocupación constante. Cuando le pregunté: «¿Qué haría usted si ello fuera cierto?», me miró indignada y me dijo: «¡Cómo se le ocurre decirme eso!» Es claro que la preocupación no la había preparado para vivir el evento temido; por el contrario, la había sensibilizado, vulnerado, y estaba «haciendo fuerza» para que el evento temido no ocurriera. Este es un buen ejemplo para ilustrar cómo la preocupación no es igual a planeación.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, es hora de que abordemos directamente el concepto de preocupación. Este hace referencia a una anticipación mental de que algo amenazante puede llegar a ocurrir, con la anticipación de que no se tendrá la capacidad o la habilidad para hacer frente a ese evento. En ese sentido, esta definición es muy similar a la propuesta por Lazarus y Folkman (1986) acerca del estrés psicológico. Para estos autores, «*el estrés psicológico es una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar*» (*op. cit.*, p. 43). La única diferencia que se establece es que en la preocupación hay una anticipación de la situación, el sujeto no está enfrentando una situación amenazante: se imagina que está viviendo esta situación. El concepto de ANTICIPACIÓN es central en los trastornos de ansiedad. Así lo han recalcado autores como Barlow (1988). La anticipación de amenaza (impredecibilidad), junto con la anticipación de baja autoeficacia (incontrolabilidad), constituyen el corazón de todos los trastornos de ansiedad. Una manera de ilustrar esto gráficamente a los pacientes es la siguiente: Se les pide que imaginen que una persona tiene dos ventanas: una hacia delante, que es la ventana de la anticipación de amenaza, y una ventana hacia atrás, que es la ventana de anticipación de baja autoeficacia (confianza). Se les hace ver que cuanto más se abra la ventana de la amenaza más se cierra la ventana de la confianza. Esta situación puede llevar a la parálisis del comportamiento: la persona puede negar a anticipar que es tanta la incertidumbre y tan poca su capacidad, que bloquea su acción. Se produce un estado de indefensión creado por la mente. Esta indefensión es muy similar a la propuesta

por Seligman (1974 y 1975), sólo que en lugar de ser producida por choques eléctricos (como en la situación aversiva original, con animales de experimentación) es producida por las anticipaciones que realiza la mente.

Surge entonces una pregunta: ¿qué hacer con el paciente preocupado? Con este paciente deben trabajarse CINCO aspectos cognoscitivos:

- El terapeuta debe explicarle al paciente que la PREOCUPACIÓN ES UNA TÍPICA FORMA DE LLEGAR O PROLONGAR UNA EMOCIÓN A TRAVÉS DEL PENSAMIENTO. Con esto el terapeuta le está mostrando al paciente que la ansiedad, resultado de la preocupación, es una emoción secundaria. Es importante que el terapeuta conozca la distinción que existe entre las emociones primarias, secundarias, instrumentales que plantean autores como Greenberg y Safran (1987) y Riso (1997). Se le insiste al paciente que el camino fisiológico y normal de la emoción es que ésta se produzca espontáneamente, sin intervención del pensamiento. Se enfatiza el hecho de que la función normal del pensamiento, en el manejo normal de las emociones, es interpretar y elaborar las emociones producidas de forma espontánea. Se le muestra al paciente que el pensamiento puede jugar dos funciones en el manejo de las emociones: una función normal, que consiste en interpretar o elaborar emociones que ya existen (emoción primaria), o una función patológica, que consiste en crear emociones nuevas o mantener las ya existentes (emoción secundaria). Se le insiste al paciente que la ansiedad, producto de la preocupación, es una emoción secundaria, y que como tal, la función del pensamiento es patológica (ya que se centra en producir y prolongar una emoción y no en interpretarla y elaborarla).
- El terapeuta debe mostrar al paciente que cuando nos preocupamos nuestra mente crea una sensación de impredecibilidad e incontrollabilidad. El resultado de ello es INCERTIDUMBRE. La mente de la persona que se preocupa convierte algo posible en algo muy probable. Cualquier mirada al futuro es amenazante y genera aprehensión. Es como si la mente le hiciera creer al paciente que como no hay seguridad total en el futuro (ya que el mundo real está sujeto a

las probabilidades), entonces sólo hay caos e incertidumbre. La mente de la persona preocupada (al igual que la del obsesivo) le exige al paciente algo que no puede cumplir: certeza absoluta. Al no poder alcanzar este pedido, el paciente entra en pánico, pues piensa (por su tendencia al razonamiento absolutista dicotómico), que si no hay certeza entonces sólo hay caos. ¿Cómo contrarrestar este juego extremista de la mente? La clave está en el PASADO. Cualquier paciente puede aceptar fácilmente que el pasado fue, alguna vez, futuro. Por tanto, si lo fue, el pasado estuvo sometido a las mismas leyes de probabilidad que el futuro. Entonces, si el paciente vivió y afrontó eventos del pasado (que estaban sometidos a las mismas leyes de «impredecibilidad» que atribuye al futuro), ¿por qué no viviría y afrontaría eventos futuros? Es decir, el paciente debe entender que el futuro no es menos incierto de lo que fue su pasado, y que si enfrentó el pasado, ¿por qué no hacerlo con el futuro?

- Otro punto que me parece particularmente interesante es que el terapeuta le haga ver al paciente que la preocupación es una TRAMPA PERFECTA. Cuando una persona se preocupa su mente crea una situación de INDECISIÓN PERFECTA, que ni siquiera existe en los laboratorios experimentales con animales. Se le muestra al paciente el mecanismo de la trampa perfecta: anticipación de amenaza que no se tiene, junto con la anticipación de incapacidad, que nunca existe como lo anticipa la mente. Es bueno explicarle al paciente que ESTA SITUACIÓN DE INDEFENSIÓN PERFECTA SÓLO PUEDE SER CREADA POR LA MENTE. La condición para que algo sea perfecto es que no exista; cuando ya existe, es susceptible de tener defectos. Es decir, se le muestra al paciente que por dramática que sea una situación, jamás es tan amenazante y tan desbordante de los recursos como cuando se lo imagina. Sólo la imaginación crea esa trampa maquiavélicamente perfecta.
- Este punto está muy relacionado con el anterior, y es que al ser la ansiedad una emoción producida por el pensamiento (la preocupación), es una EMOCIÓN ARTIFICIAL Y NO NATURAL. Esto quiere decir que hay que explicar al paciente que en la situación real JAMÁS EXPERIMENTARÁ UNA ANSIEDAD TAN INTENSA COMO LA IMAGINADA, ASÍ EL

EVENTO TEMIDO LLEGARA A SUCEDER. Sufrimos más por lo que imaginamos que por lo que sucede en la realidad. Nos engañamos al creer que experimentaremos esa emoción, con ese grado de intensidad, en la realidad. El paciente debe entender claramente que la única forma posible en la que puede existir una emoción tan intensa es como producto de su pensamiento.

- Hay que explicarle al paciente que en una SITUACIÓN REAL, NUESTRO PENSAMIENTO ESTARÍA AL SERVICIO DE LA ELABORACIÓN DE LA EMOCIÓN Y DE LA SITUACIÓN. Es decir, en una situación amenazante real (por ejemplo un atraco) no estamos pensando lo horrible que nos estamos sintiendo o lo horrible de la situación. Nuestro pensamiento está concentrado en reducir la emoción y vigilar la amenaza, para así sólo sufrir el mínimo de daño. El miedo nos hace adaptativos ante la situación amenazante: moviliza todos nuestros recursos (nos pone en ¡alerta!, como decíamos anteriormente), con el fin de enfrentar adecuadamente la amenaza. Si fuera por la ansiedad no sobreviviríamos a una situación de amenaza: ella estaría centrada en catastrofizar la emoción o la situación. Es decir, nos alejaría de la situación real y nos centraría en nuestros pensamientos, lo cual sería verdaderamente terrible para nuestra supervivencia. Es importante recalcar al paciente que la sensación de que algo es horrible la tenemos ANTES O DESPUÉS de la vivencia del evento, pero nunca en el momento de enfrentarlo. Es decir, hay que resultar que EN LA REALIDAD SIEMPRE HACEMOS ALGO (AUNQUE SEA LLORAR) ANTE UNA SITUACIÓN DIFÍCIL.

Los anteriores aspectos no van a cambiar la preocupación en el paciente, pero sí van a hacer que comprenda lo que está haciendo. Es decir, el paciente a estas alturas debe entender que LA ÚNICA FUNCIÓN DE LA PREOCUPACIÓN ES INCREMENTAR EL MALESTAR EMOCIONAL. También debe entender que la preocupación NO AUMENTA NI DISMINUYE, EN LA REALIDAD, LA PROBABILIDAD DE OCURRENCIA DE UN EVENTO (sólo lo aumenta en su mente), y que LA PREOCUPACIÓN NO LO HACE MÁS EFICAZ (no desarrolla habilidades, capacidades o destrezas). Al tener claro estos puntos básicos, el paciente está preparado para CUESTIONAR la preocupación.

El trabajo cognitivo descrito previamente antecede al trabajo técnico propiamente dicho. Es muy común abordar a estos pacientes preocupados con técnicas de terapia y modificación de conducta (Caballo, 1995). Se han empleado principalmente técnicas del condicionamiento clásico como la relajación, la desensibilización sistemática, la exposición, la intención paradójica, etc. Últimamente también se ha hecho énfasis en tratamientos farmacológicos. A pesar del éxito de tales técnicas, quiero centrarme fundamentalmente en las TÉCNICAS COGNITIVAS. La esencia de estas técnicas consiste en enseñarle al paciente a que IDENTIFIQUE SUS PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS y A QUE APRENDA A CUESTIONARLOS (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1983). En este último aspecto se le enseña a que encuentre la validez de sus pensamientos automáticos. Para ello autores como Beck (*op. cit*), Beck, Emery y Greenberg (1985) y Beck, J. (1995) le proponen al paciente una serie de preguntas que tienen como finalidad central encontrar la evidencia que soporta creencia, la lógica de la idea, etc. Hay algunas preguntas fundamentales con las cuales el paciente debe enfrentar el esquema de preocupación cuando éste esté activado. Son preguntas que llevan a que el paciente cuestione el esquema cuando se presente. Estas preguntas son:

- *¿Fuera de incrementar mi malestar emocional sirve de algo la preocupación?*
- *¿Me capacita la preocupación para vivir de forma más adecuada la situación si ella llegara a suceder realmente?*
- *¿La preocupación me crea habilidades y me hace más eficiente?*
- *¿Dónde está la evidencia de que si el evento temido llegara a pasar yo no voy a ser capaz de enfrentarlo?*
- *¿He enfrentado situaciones similares en el pasado?, ¿cuál fue el resultado? ¿Hay otra manera diferente de mirar la situación?*
- *¿Qué es lo peor que podría suceder?, ¿podría yo vivir con eso?, ¿qué es lo mejor que podría pasar?, ¿cuál es el resultado más realista?*

- *¿Qué efecto produce en mí el que yo crea en la preocupación?, ¿cuál podría ser efecto de cambiar mi pensamiento?*
- *¿De qué manera podría yo comportarme como si no estuviera preocupado?*
- *Si \_\_\_\_\_ (nombre de un amigo/a) estuviera en esta situación y tuviera este pensamiento, ¿qué podrá decirle?*
- *¿No estaré catastrofizando?*
- *¿Estoy seguro de estar considerando todos los aspectos del problema? ¿Habrá algún aspecto importante que estaré descuidando? ¿Quién dijo que yo no podría vivir con eso?*

Todas estas preguntas buscan que el paciente CUESTIONE el esquema de preocupación (o de ansiedad aprehensiva, en palabras de Barlow). Llevan a que el paciente se ENFRENTA a la preocupación. Se EXPONE al paciente a una situación (real o imaginada) que provoque la activación del esquema de preocupación, y se le enseña a cuestionar el esquema por medio de estas preguntas. Ellas tienen la finalidad de cuestionar la credibilidad que el paciente hace de sus pensamientos de preocupación. Es sorprendente el resultado que tiene este cuestionamiento de la credibilidad. Muchos pacientes manifiestan seguir teniendo los pensamientos automáticos del esquema de preocupación, sin embargo manifiestan que éstos ya no les mortifican, pues han dejado de creerles. El sólo dejar de creer en ellos produce una mejoría notable, aunque los pensamientos sigan apareciendo.

Es obvio que el tratamiento completo de una persona preocupada sería mucho más que lo anotado anteriormente, sin embargo muchas personas se pueden beneficiar aprendiendo a utilizar estos cuestionamientos o desafíos verbales. El tratamiento completo implica algunos pasos más. Autores como Hawton, Salkovskis, Kirk y Clark (1991) plantean dos etapas fundamentales del tratamiento: en una primera etapa le enseñan al paciente a identificar los pensamientos negativos (para ello discuten con el paciente las experiencias emocionales recién

tes, usan la imaginación o el juego de roles para reactivar experiencias emocionales, están pendientes de los cambios de estado de ánimo durante la sesión terapéutica y determinan el significado de un evento para el paciente); en una segunda etapa le enseñan a modificar los pensamientos negativos y las conductas asociadas a ellos (le explican, le proporcionan información sobre la ansiedad, le enseñan técnicas de distracción, elaboran con él listados de actividades, utilizan desafíos verbales a los pensamientos automáticos –preguntas similares a las anotadas anteriormente–, y finalmente realizan experimentos conductuales).

Todo lo anterior demuestra que la terapia cognitiva está preparada para enfrentar la preocupación, ese «mal de nuestros días».

### Bibliografía

- BARLOW, D.H. (1988). *Anxiety and its disorders. The nature and treatment of anxiety and panic*. Nueva York: The Guilford Press.
- BECK, A.T., RUSH, A.J. SHAW, B.F. & EMERY, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Editorial Desclee de Brower.
- BECK, A.T., EMERY, G. & GREENBERG, R.L. (1985). *Anxiety disorders and phobias. A cognitive perspective*. Nueva York: Basics Books.
- BECK, J.S. (1995). *Cognitive therapy*. Nueva York: The Guilford Press.
- BORKOVEC, T.D., SHADICK, R.N. & HOPKINS, M. (1991). The nature of normal and pathological worry. En R.M. Rapee & D. H. Barlow (Eds.), *Chronic anxiety: Generalized anxiety disorder and mixed anxiety-depression*. Nueva York: The Guilford Press.
- BORKOVEC, T.D., CMIC, K. & COSTELLO, E. (1993). Generalized anxiety disorder. En Ammann & M. Hersen (Eds.), *Handbook of behavior therapy with children and adults*. Nueva York: Plenum.
- CABALLO, V.E. (comp.) (1995). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid: Siglo XXI editores.
- GREENBERG, L.S. & SAFRAN, J.D. (1987). *Emotion in Psychotherapy. Affect, Cognition and the Process of Change*. Nueva York: The Guilford Press.
- HAWTON, K., SAJKOVSKIS, P.M., KIRK, J. & CLARK, D.M. (1991). *Cognitive Behavior Therapy for Psychiatric Problems. A Practical Guide*. Oxford: Oxford University Press.

- LAZARUS, R.S. & FOLKMAN, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Editorial Roca.
- PAVLOV, I. (1980). *Actividad nerviosa superior*. Barcelona: Fontanella.
- RISO, W. (1997). *De regreso a casa*. Bogotá: Norma.
- SELIGMAN, M.E.P. (1974). Depression and learned helplessness. En R.J. Friedman & M.M. Katz (Eds.), *The psychology of depression theory and research*. Washington: Wiston-Wiley.
- (1975). *Helplessness: On depression, development and death*. San Francisco: Freeman.