

ESTRÉS Y PSICOTERAPIA EN ESTOMATOLOGÍA

Dra. Mabel Águila Aguilar

Doctora en Estomatología

Residente de segundo año de la especialidad Estomatología General Integral

Clínica Estomatológica Docente de la Habana Vieja

La Habana

Cuba

arsenia@nauta.cu

2019-2020

RESUMEN

El estrés es un desequilibrio en la conducta del individuo producto de la sobrecarga de acción a la que es sometido. La psicoterapia es una técnica psicológica curativa desarrollada por un terapeuta, para obtener un equilibrio entre la salud mental, el desarrollo social y personal del paciente, para así evitar los efectos nocivos del estrés. Existen varios tipos de psicoterapia y cada uno utiliza diferentes vías de motivación como la música, el juego, entre otras.

El objetivo del trabajo es exponer aspectos relevantes sobre el estrés y la psicoterapia para lograr una mejor comprensión del tema y aplicación en la Estomatología.

La presente es una revisión bibliográfica de diversos artículos publicados, referentes al estrés y la psicoterapia, como técnica novedosa para el control de este desequilibrio tan común en nuestros pacientes. Para la elaboración del mismo fueron consultadas bibliografías que fueron adecuadamente acotadas, para lograr aumentar los conocimientos, sobretodo de los estudiantes de postgrado, de este mal que atenta contra la salud de todos nuestros pacientes.

Puedo concluir que el estrés es un desequilibrio perjudicial para la salud, por lo que es de vital importancia su control a través de la psicoterapia.

Palabras claves: estrés, psicoterapia, salud mental

INTRODUCCIÓN

La sociedad, en la actualidad, se desarrolla en medio de muchos cambios, avances en la ciencia, en la tecnología y en las comunicaciones que nos llevan a redefinir prioridades. Pero en medio de tantos cambios y como resultado de ello, el hombre, en ocasiones, no encuentra alternativas que le permitan enfrentar ese ritmo y es cuando siente que la situación es superior a sus fuerzas, sin contar con mecanismos para enfrentarla. En el individuo aparece entonces el estrés. ^{1,2}

El estrés es un fenómeno que se da en el individuo debido a diferentes causas relacionadas con distintas facetas de su vida. El estudio del estrés y su impacto en la vida del ser humano han sido retomados en la actualidad con gran fuerza, impulsado por las nuevas concepciones teóricas asumidas, y su reconocimiento como una enfermedad o su asociación a múltiples alteraciones del funcionamiento normal del organismo. El estrés es una reacción de alerta, una respuesta frente a situaciones adversas, esporádicas o continuas, causadas por elementos ambientales o interacciones con otras personas, que pueden conducir a desequilibrios tanto físicos como emocionales. ^{3,4}

El miedo al dentista, también definido en la literatura como "ansiedad dental", es muy frecuente en la población. La visita al dentista ha sido tradicionalmente reconocida como un evento desagradable y generador de estrés. Esta idea perdura todavía hoy en día en algunos pacientes, a pesar de la creciente preocupación entre los profesionales por crear una atmósfera de tranquilidad y confianza en el consultorio dental, junto con el empleo de diferentes técnicas de control de estrés, todo ello apoyado en el mayor peso que los contenidos de ciencias de la conducta han adquirido en los planes de estudio odontológicos. ^{5,6} Se ha podido demostrar que el paciente sufre más dolor si la ansiedad es alta en el consultorio dental, aumentando además el estado de ansiedad la sensación dolorosa. Por otra parte, el miedo al dentista puede llegar a constituir un círculo vicioso en el que se produce una conducta de evitación de la consulta, que se traduce en agravamiento de la salud oral y aparición de sintomatología, con el correspondiente requerimiento de tratamientos más complejos que, tras realizarse, refuerzan la propia conducta evitativa. ⁷⁻⁹

OBJETIVOS

Exponer aspectos relevantes sobre el estrés y la psicoterapia para lograr una mejor comprensión del tema y aplicación en la Estomatología.

MATERIALES Y MÉTODO

La presente es una revisión bibliográfica de diversos artículos publicados, referentes al estrés y a la psicoterapia, como técnica novedosa que ha tomado auge en los últimos años, para el control de este desequilibrio que afecta a todos los pacientes que acuden a consulta estomatológica.

DESARROLLO

El estrés puede ser definido como un fenómeno perceptivo que emerge de la comparación entre las demandas que el ambiente proyecta hacia las personas y la habilidad de éstas para cumplimentarlas. Un desequilibrio en este proceso da lugar a las manifestaciones fisiológicas y psicológicas del estrés. El estrés es el desajuste de la conducta del individuo producto de la sobrecarga de acción a la que es sometido y que provoca el rebasamiento de sus capacidades exigiendo de él un sobre esfuerzo. Es precisamente este estado del organismo y la mente al que se ha dado en llamar: enfermedad característica de nuestra época o la enfermedad del siglo.¹⁰ Existen aspectos relacionados con el estrés los cuales son: la tensión y ansiedad, sin embargo cada uno presentan aspectos característicos que los diferencian.¹¹ En el trascurso de la vida el hombre está constantemente sometido a tensiones. La tensión es un estado no patológico, es decir, es un estado normal del organismo vivo. Al presentarnos ante una situación difícil o compleja, al ser sometidos a una evaluación o cuando una situación nos genera inseguridad, aparece este estado que se caracteriza por una excitabilidad normal y de la cual somos capaces de recuperarnos utilizando mecanismos neuronales habituales. Una importante característica de este proceso es que aunque estemos sometidos a la tensión, nuestra conducta no presentará desajustes. La ansiedad por su parte, sí se considera un estado patológico ya que al estar sometidos a ella, nuestro organismo sufre afecciones producto de un desequilibrio en sus funciones vegetativas y esto puede conducir a la enfermedad. Al presentarse este estado nos vemos influenciados por un sentimiento de inseguridad y temor, lo que produce alteraciones conductuales y cognitivas, de las que solo podemos recuperarnos realizando tratamiento médico.¹²⁻¹⁴ Cuando estamos sometidos a situaciones de estrés, es decir, a situaciones donde presentamos una tensión mantenida, en nuestro organismo se genera un estado de desequilibrio, pues no podemos regresar al estado de normalidad por los mecanismos naturales a los que estamos habituados, lo que puede conducirnos hacia un estado patológico. Destaquemos que una vez lograda la recuperación de nuestro estado normal, en nuestro organismo

van a persistir huellas, las cuales podrán condicionar alteraciones conductuales en el futuro. ^{15,16}

Las investigaciones del estrés han ido en tres direcciones fundamentales, conformando los tres grandes enfoques en su estudio: el estrés como respuesta psicobiológica del organismo, el estrés como estímulo y el estrés como un proceso de transacción entre el individuo y el medio modulado por diferentes variables de carácter cognitivo-conductual y personal. El estrés se nos presenta como un fenómeno que representa un modo particular de relación del hombre y del entorno, que tiene diferentes "grados" que resultan de la interacción en una matriz en la cual están involucradas las necesidades del individuo, el conjunto de sus valoraciones acerca de si mismo, la naturaleza de las demandas estresoras, del ambiente, la complejidad circunstancial de la situación, los recursos de afrontamiento del individuo y la valoración que él hace de la significación de la situación para la realización de sus necesidades fundamentales. ¹⁷⁻²⁰

En Cuba se estudia el papel del estrés en el proceso de enfermar a través de modelos transaccionales los que presentan características básicas: considera al individuo y a su entorno en una relación bidireccional, dinámica y recíproca; implica la creación de un nuevo nivel de abstracción, en que los elementos separados, individuo y entorno, se unen para formar un solo significado de la relación; considera que esta relación está en desarrollo continuo. ²¹⁻²⁴

Por su participación en el proceso salud-enfermedad, la comprensión del estrés constituye un reto para los sistemas actuales de salud y bienestar social, para los individuos, familias y comunidades. Se considera que la enfermedad provoca estrés, porque lleva estresores físicos, psicológicos y sociales. Así mismo el estrés se cuenta como facilitador de la aparición de determinadas enfermedades, como agente causal en la génesis y desarrollo de esta. La relación entonces que se establece desde ambas partes, es bidireccional. Cabe destacar que existen varias enfermedades bucales que son causadas por el desequilibrio que causa el estrés. Estas enfermedades pueden ser más o menos graves en dependencia del tiempo a que el paciente se encuentre sometido a situaciones estresantes. ²⁵⁻²⁸

Entre las enfermedades provocadas por el estrés tenemos al bruxismo, el cual es el hábito involuntario de apretar o rechinar las estructuras dentales sin propósitos funcionales. El bruxismo afecta entre un 10% y un 20% de la población y puede causar dolor de cabeza y fatiga muscular, dolor en el cuello y en el oído. Otra de las afecciones es la estomatitis aftosa recurrente, la misma se caracteriza por ser una lesión o erosión de la mucosa, que se localiza generalmente en la mucosa oral de bordes planos y regulares, rodeada de una zona de eritema. El liquen plano es otra

enfermedad cuya etiología más importante es el estrés, manifestándose de manera insidiosa en la mucosa oral en forma de redecilla blanquecina y de forma bilateral. El lupus eritematoso sistémico (LES o lupus) es una enfermedad autoinmune crónica que afecta al tejido conjuntivo, caracterizada por inflamación y daño de tejidos, mediado por el sistema inmunitario, daños que son exacerbados ante el desequilibrio originado por el estrés. De igual manera podemos citar el virus del herpes simple, específicamente el Tipo I, que afecta piel y mucosas de la parte superior del cuerpo, el cual permanece latente en los ganglios y se reactiva por situaciones de estrés.²⁹⁻³¹

Una de las visitas que más estrés genera es la realizada por nuestros pacientes a las consultas de estomatología, sobre todo si han tenido malas experiencias previas, pues lo guardan en su memoria y desencadena todo un desequilibrio psíquico, físico y social, cada vez que necesitan acudir a consulta. Esto es todo un problema, ya que este estrés generado al acudir al estomatólogo, hace que tengamos que posponer citas para tratamientos indicados, que los pacientes no acudan a revisiones periódicas y por ende que sólo acudan cuando tienen un problema grave, el cual seguramente no tuvieron de acudir sistemáticamente a consulta. Por esta razón el estomatólogo debe dominar de una manera adecuada las diferentes técnicas de psicoterapia, ya que son estrategias eficaces que garantizan una adecuada relación médico paciente. Como se ha comentado la psicoterapia es una técnica psicológica curativa donde interactúan de manera planeada y confidencial, un paciente y un terapeuta entrenado. Esta terapia tiene como objetivo lograr obtener un equilibrio entre la salud mental y el desarrollo social y personal de un individuo. Mediante métodos psicológicos, la psicoterapia modifica al enfermo sin tener acción directa sobre su cuerpo, es decir, mediante la psicoterapia se tratan de obtener modificaciones en la forma de comportarse un individuo que fue afectado grandemente por algún suceso que tuvo lugar en su vida.³²⁻³⁴

La psicoterapia no consiste en proteger contra los conflictos y dificultades de la vida; consiste en poner al paciente en situación de resolverlos, superarlos y dominarlos por sí mismos, de adquirir técnicas y actitudes que le permitan asimilarlos activamente en lugar de convertirlos en reacciones patológicas. Es importante destacar esta realidad ya que muchos pacientes desean orientaciones y consejos terminantes a los que están habituados cuando se someten al tratamiento de enfermedades somáticas. Otros buscan en el terapeuta un protector ante las durezas de la vida, que los defienda como un abogado. Esta no sería una ayuda legítima y de ninguna manera una psicoterapia. La cuestión no es ejercer una tutela sobre el paciente sino hacer que madure y se vuelva capaz de tener decisiones responsables, que aprenda a tomar en sus manos la dirección de su vida. Todo terapeuta es al mismo tiempo un educador que contribuye con sus actitudes a modificar las actitudes de sus pacientes.³⁵⁻³⁷ Es necesario tener un criterio claro sobre los fines terapéuticos, así como sobre las técnicas a emplear de acuerdo a las

necesidades del paciente. Es de suma importancia la delimitación del cómo y cuándo de las sesiones y tener bien claro los objetivos, los medios para conseguirlos y las expectativas que cada uno tiene del otro. En la selección de las mismas debe tenerse en cuenta factores tales como: el grado de conciencia que tenga el paciente de sus dificultades, el objetivo que persigue el paciente con el tratamiento, la edad, el nivel intelectual y cultural del paciente, de su personalidad total, así como las características del trastorno que presenta.^{38,39}

Existen diferentes tipos de psicoterapia, las cuales son utilizadas teniendo en cuenta las particularidades de los pacientes. Algunas de ellas serán comentadas a continuación.

La técnica **persuasiva o racional** es un tipo de psicoterapia que necesita para su aplicación recoger a través de la entrevista el concepto que el paciente tiene de su enfermedad, como la percibe, como la siente. Si bien esto es parte de toda psicoterapia, en esta técnica se enfatiza más. En ocasiones el paciente percibe su enfermedad con más importancia y preocupación que la que realmente merece. Otras veces percibe su enfermedad con menor importancia que la que merece. En ambas situaciones, tanto por exceso como por defecto (en unas por mecanismos hipocondríacos y en otras por mecanismos de negación) el enfermo no posee una adecuada percepción de su enfermedad. Se hace necesario transformar su percepción y hacerle "ver" diferente su enfermedad. El enfermo necesita aprender a vivir con nuevos hábitos de vida, nuevos patrones de conducta y nuevas motivaciones. Necesita adaptarse a la enfermedad e incorporarla a su vida; lo que se traduce en tolerar las molestias y dolores, aceptar la invalidez y desarrollar nuevos hábitos que sustituyan a los anteriores.^{40,41}

La **Psicoterapia Sugestiva** es cuando a través de la palabra, logramos que el paciente obedezca nuestras órdenes sin establecer análisis crítico de la misma. En este caso el paciente acepta y obedece como una creencia las palabras del médico. Cualquier tratamiento que el médico aplique apoyado en la psicoterapia sugestiva resultará cabalmente efectivo, por la "fe", la confianza, la creencia en la curación o el alivio con que el paciente lo recibe. Siempre que pueda hacer uso de ella, el médico debe aplicar la sugestión para facilitar la mejoría o recuperación.^{42,43}

El **estado hipnótico** es un sueño parcial, un estado intermedio entre la vigilia y el sueño. A diferencia del sueño natural en que la persona reacciona sólo ante estímulos intensos y de particular significación para ella, el sujeto hipnotizado puede reaccionar ante estímulos diferentes e incluso estímulos débiles. El estado hipnótico se induce mediante los siguientes mecanismos: disminución de los estímulos periféricos, estimulación lenta, rítmica, monótona o presentación de un estímulo imprevisto de cierta intensidad por encima de lo corriente. La disminución de los estímulos periféricos se logra provocando en el sujeto la relajación muscular y apartando al paciente de otras fuentes de estímulos acústicos o visuales. La estimulación lenta, rítmica, monótona, se puede efectuar ya sea utilizando la voz,

pases sobre la superficie de la piel o mediante estímulos sonoros, acústicos, mecánicos, etc. ^{44,45}

La **psicoterapia breve** constituye la variante psicoterapéutica en tiempo de crisis, es breve en tiempo, pero sus objetivos van encaminados a la modificación de actitudes a diferencia de las terapias superficiales que buscan el alivio y la eliminación de síntomas, sin proponerse otros cambios en el sujeto. Esta modalidad no incursiona en el pasado, sino que se preocupa por los problemas actuales del sujeto y por su conducta con vistas al futuro. Se interesa por las actitudes que están interfiriendo en el drama actual, tratando de limar las aristas del problema interpersonal del paciente. ^{46,47}

La **ludoterapia** es la combinación de diversos procesos mentales y psíquicos indispensables a la solución del problema nacido de la situación del juego. Los tipos de ludoterapia son: la activa (juegos de salón como baile de la silla, baile de la escoba) y la pasiva (juegos de mesa como el dominó, parchís y ajedrez). Entre sus objetivos están: facilitar las relaciones interpersonales, desarrollar las capacidades y habilidades que han sido dañadas por la enfermedad, proporcionar la actividad física, el desarrollo emocional y la socialización, y por último, mejorar la apariencia personal. ^{48,49}

La **musicoterapia** es el uso de la música bajo supervisión médica para el tratamiento, rehabilitación y entrenamiento del paciente. Los tipos de musicoterapia son la pasiva (el usuario escucha el sonido y lo percibe casi siempre en posición de relajación) y la activa (el usuario trabaja con instrumentos y emite sonidos, su participación y relajación con la música la realiza de forma activa). ⁵⁰

La **relajación** es la técnica que permite la entrada en un estadio de comodidad y placer tanto corporal como mental. En este sentido, la relajación de una persona se puede lograr a partir del desarrollo de ciertas actividades tales como yoga u otras actividades físicas, pero también a partir de acciones de meditación y descanso mental. La relajación tanto mental como del organismo es muy importante en la calidad de vida ya que las vidas estresantes y apuradas que hoy en día llevamos contribuyen en gran modo al desarrollo de estilos de vida insatisfactorios. ^{51,52}

CONCLUSIONES

1. El estrés es un desequilibrio en la conducta del individuo producto de la sobrecarga de acción a la que es sometido y que provoca el rebasamiento de sus capacidades exigiendo de él un sobre esfuerzo.
2. En Cuba se estudia el papel del estrés en el proceso de enfermar a través de modelos transaccionales.

3. Las consultas de estomatología generan estrés en nuestros pacientes, sobre todo si han tenido malas experiencias previas, dificultando en muchas ocasiones el adecuado tratamiento.
4. La relación que se establece entre la enfermedad y el estrés es bidireccional.
5. Entre los trastornos bucales provocados por el estrés se pueden citar los siguientes: el Bruxismo, la Estomatitis Aftosa Recurrente, el Liquefación Plano, el Lupus Eritematoso Sistémico y el Virus del Herpes Simple Tipo I.
6. La psicoterapia es una técnica psicológica curativa desarrollada de manera planeada y confidencial donde interactúan un paciente y un terapeuta entrenado.
7. La psicoterapia tiene como objetivo lograr obtener un equilibrio entre la salud mental, el desarrollo social y personal de un individuo.
8. Existen diferentes tipos de psicoterapia, entre los que están: la Técnica Persuasiva o Racional, la Psicoterapia Sugestiva, el Estado Hipnótico, la Psicoterapia Breve, la Ludoterapia, la Musicoterapia y la Relajación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alonso, R. (2004). El estrés. Recuperado de <http://www.monografias.com/trabajos14/estres/estres.html>
2. Álvarez, M. A. (2000). STRESS un enfoque Integral. Ciudad de La Habana: Editorial Científico-Técnica. 4(2), 102-121.
3. Barraza, A. (2007). El campo de estudio del estrés: del Programa de Investigación Estímulo-Respuesta al Programa de Investigación Persona - Entorno. Revista Internacional de Psicología, 8(2). Disponible en: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/download/32367/29763>
4. Beilock, S. (2011). Back to school: Dealing with academic stress. American Psychological Association. Disponible en: <http://www.apa.org/science/about/psa/2011/09/academic-stress.aspx>
5. Contreras, C. M., Gutiérrez, A., Hernández, L., & T. Molina. (2005). Estrés Psicosocial: Algunos aspectos clínicos y experimentales. Anales de Psicología, 24(2), 353-360.
6. Labrador, F. (1995). El estrés: nuevas técnicas para su control. Madrid: Temas de Hoy. 2(1), 54-87.
7. Cabrera J., Cardona C., Moreno H. (1990). Ansiedad dental. Rev Eur Odontoestomatol; 2(1): 49-52.
8. Aguilera F, Osorio R, Toledano M. Causas, factores y consecuencias implicados en la aparición de ansiedad en la consulta dental. Rev Andal Odontol Estomatol 2002; 12: 21-24.
9. Calatayud J, Calatayud F, Manso F, Lucas M. (1988) Ansiedad y miedo al tratamiento estomatológico. Rev Española Estomatol; 36(3): 177-186.

10. Lazarus, & Folkman. (1986). Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca: 65-78
11. Hidalgo, N. M., & Márquez, J. F. (2012). Validación de una escala de trastornos neuróticos. *Revista Humanidades Médicas.*, 12(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727
12. Guarino, L., Gavidia, I., Antor, M., & Caballero, H. (2000). Estrés, salud mental y cambios inmunológicos. *Psicología Conductual*, 8(1), 57-71.
13. González, C., Villatoro, J. A., Medina, I., Juárez, F., Carreño, B., & Shoshana, E. (1997). Indicadores sociodemográficos de riesgo de estrés psicosocial. *Revista Salud Mental*, 20(4), 1-7.
14. Celis, J., Bustamante, M., Cabrera, D., Alarcón, W., & Monge, E. (2001). Ansiedad y estrés. *Revista Anales de la Facultad de Medicina.*, 62(1), 25-30.
15. Cruz, C., & Vargas, L. (2002). Estrés. Entenderlo es manejado. Universidad Católica de Chile: 726-35.
16. Díaz, Y. (2010). Estrés y afrontamiento. *Humanidades Médicas*, 10(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1727-81202010000100007&script=sci_arttext
17. Sandín, B. (1995). El estrés. *Manual de psicopatología*. Madrid: 2, 3-52
18. Mechanic, D. (1976). Stress, illness, and illness behavior. *Journal of Human Stress*. 2, 2-6.
19. Santed, M.A., Sandín, B., Chorot, P. y Olmedo, M. (2000). Predicción de la sintomatología somática a partir del estrés diario: Un estudio prospectivo controlando el efecto del neuroticismo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 5, 165-178.
20. Trujillo, H.M., Oviedo-Joekes, E., y Vargas, C. (2001). Avances en psiconeuroinmunología. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1, 413-474.
21. Fierro, A. (1997). Estrés, afrontamiento y adaptación. *Rev Biophys*. 2015; 7(3):321-41.
22. Las creencias motivacionales como factor protector del estrés. *European Journal of Education and Psychology*: 3(1), 75-87.
23. Berrío, N., & Mazo, R. (2011). Estrés. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia.*, 3(2). Disponible en: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/psicologia/article/.../1064>.
24. Beck, A. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press. 5(10):1-17.
25. Bedoya, S., M.Perea, & M.Ormeño. (2006). Evaluaciones de niveles, situaciones generadoras y manifestaciones de estrés. *Revista de Estomatología Herediana*, 16(1), 15-20.
26. Morera, A. L., & y González, J. L. (1983). Relación entre factores de estrés, depresión y enfermedad médica. *Psiquis*, 4, 253-260.
27. Castro, A. & Sánchez, M. P. (2000). Objetivos de vida y satisfacción autopercibida. *Psicothema*, 12(1), 87-92.

28. Durá, M. J. (2010). Estilos de vida y conductas de riesgo (Enfermería, Fisioterapia y Podología), 2(1), 680-695.
29. Avezova K, Abraham ZR, Aizenbuda D. Oxidative stress in the oral cavity: Sources and pathological outcomes. *Respir Physiol Neurobiol*. 2015; 209:91-4.
30. Rivarola de Gutierrez EM. Stress en las patologías inflamatorias orales. Actualización. *Revista Médica Universitaria* [en línea]. 2008 [citado 30 Dic 2014]; (4)1. Disponible en: http://revista.medicina.edu.ar/vol04_01/03/vol04_01_Art03.pdf
31. Singhrao SK, Harding A, Simmons T. Oral Inflammation, Tooth Loss, Risk Factors, and stress. 2014; 42(3):723-37.
32. American Psychological Association Division 32, Humanistic Psychology. (2004). Principios y prácticas recomendadas para la prestación de servicios psicosociales humanistas: una alternativa a las directrices establecidas en la práctica y el tratamiento. *Revista de Psicoterapia*, 57, 51-102.
33. Abbass, A., Hancock, J., Henderson, J. & Kisely, S. (2007). Psicoterapias psicodinámicas a corto plazo para trastornos mentales frecuentes (Revisión Cochrane traducida). 136(3):769-80.
34. Bados, A. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces. En: M. Pérez, J. R. Fernández, C. Fernández & I. Amigo (Eds.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I: Adultos* Madrid: Pirámide: 247-270.
35. Berger, P., Sachs, G., Amering, M., Holzinger, A., Bankier, B. & Katschnig, H. (2004). Personality disorder and social anxiety predict delayed response in drug and behavioral treatment of panic disorder. *Journal of Affective Disorders*, 80(1), 75-78
36. Chico, E. (1999). Evaluación psicométrica de una escala de inteligencia emocional. *Boletín de Psicología*, 62, 65-78.
37. Corbella, S & Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología*, 19, 205-221.
38. Corey, G. (1995). Teoría y práctica de la terapia grupal. Bilbao: Desclée de Brouwer. 25(1), 123-145.
39. Chambless, D. & Hollon, S. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 7-18.
40. Castillo, J. A. & Poch, J. (1991). La efectividad de la psicoterapia: método y resultados de la investigación. Barcelona: Hogar del Libro. 26(3):210-3.
41. Cabello, R., Fernández-Berrocal, P., Ruiz-Aranda, D. & Extremera, N. (2006). Una aproximación a la integración de diferentes medidas de regulación emocional. *Ansiedad y Estrés*, 12 (2-3), 317-327.
42. Borkovec, T., Newman, M., Pincus, A. & Lytle, R. (1988). A component analysis of cognitive-behavioural therapy for generalized anxiety disorder and the role of interpersonal problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 877-884.

43. Alstrom, J., Nordlund, G., Persson, G., Harding, M. & Lundquist, C. (1984). Effects of four treatment methods on agoraphobic women not suitable for insight-oriented psychotherapy. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 70, 1-17.
44. Molerio, O (2004). Actualidad en Estrés. Santa Clara: Samuel Feijoo. 76: 292-301.
45. Merino, C., Manrique, G., Angulo, M. & Isla, N. (2007) Indicador de Estrategias de Afrontamiento al Estrés: Exploración normativa y de su estructura factorial. *Ansiedad y Estrés*, 13(1), 25-40.
46. Barlow, D. H., Craske, M. G., Cerny, J. A. & Klosko, J. S. (1989). Behavioural treatment of panic disorder. *Behavior Therapy*, 20(2), 261-282.
47. Martín, I. (2007). Estrés. *Apuntes de Psicología.*, 25(1), 87-99.
48. Inga, J. M. (2009). Nivel de vulnerabilidad frente al estrés. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima. Perú. Disponible en: http://200.62.146.31/sisbib/2009/inga_ej/pdf/inga_ej.pdf
49. Cabanach, R. G., Valle, A., Rodríguez, S., Piñeiro, I., & Freire, C. (2010). Afrontamiento del estrés. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 1(1), 51-64
50. Corbella, S. & Botella, L. (2004). Investigación en Psicoterapia: Proceso, Resultado y Factores Comunes. *Madrid*: 2(2):915-21.
51. Bizquerra, R. (2003). Educación emocional y competencias básicas para la vida. *Revista de Investigación Educativa*, 21(1), 7-43.
52. Chambless, D. & Gillis, M. (1993). Cognitive therapy of anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(2), 248-260.