



Resolución Directoral

Santa Anita, 23 de Agosto del 2012.

Visto el Expediente 12 MP-010673-00 y Memorando N° 138-SDG-HHV-12; sobre aprobación de 1) Guía de Tratamiento Cognitivo Conductual del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) 2) Guía de Tratamiento Cognitivo Conductual de la Depresión y 3) Guía de Tratamiento Cognitivo Conductual de la Fobia Social" del Departamento de Análisis y Modificación del Comportamiento (DAMOC), del Hospital Hermilio Valdizán;

CONSIDERANDO:

Que, la Ley N° 26842 – Ley General de Salud, establece que la protección de la salud es de interés público y por tanto es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, mediante Memorando N° 109-DAMOC-HHV-2012, de fecha 10 de Julio del 2012, el Jefe del Departamento de Análisis y Modificación del Comportamiento, remite las respectivas Guías de Tratamiento Cognitivo Conductual a la Dirección Adjunta del Hospital para su revisión y aprobación mediante la respectiva resolución;

Que, el Departamento de Análisis y Modificación del Comportamiento (DAMOC), es la unidad orgánica encargada de prestar atención a pacientes en base a técnicas conductuales – cognitivas, teniendo como objetivo realizar la evaluación conductual - cognitiva a los pacientes adultos, adolescentes y niños para identificar la(s) conducta(s) problemas y asignar al terapeuta respectivo; elaborar programas de tratamiento en función de las necesidades individuales de cada paciente dentro de un marco de ética terapéutica, entre otros;

Que, según lo expuesto se hace necesario aprobar las Guías de Tratamiento Cognitivo Conductual, que permitirá establecer las técnicas de relajación, técnicas de exposición, entrenamiento asertivo y terapia cognitiva en los trastornos de Ansiedad Generalizada, depresión y Fobia Social; para cuyo efecto es pertinente expedir el respectivo acto resolutorio;

En uso de las facultades conferidas por el artículo 11° inc. c) del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Hermilio Valdizán", aprobado por R.M. N° 797-2003-SA/DM; y, contando con la visación del Jefe del Departamento de Análisis y Modificación del Comportamiento y de la Dirección Adjunta;

SE RESUELVE:

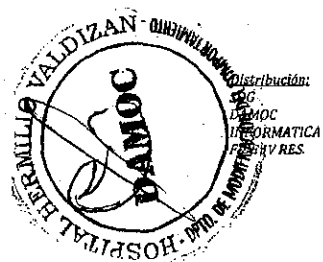
Artículo Primero. - APROBAR las Guías de Tratamiento Cognitivo Conductual del Hospital Hermilio Valdizán, que se mencionan:

- Guía de Tratamiento Cognitivo Conductual del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)
- Guía de Tratamiento Cognitivo Conductual de la Depresión
- Guía de Tratamiento Cognitivo Conductual de la Fobia Social

Artículo Segundo. - El Jefe del Departamento de Análisis y Modificación del Comportamiento, será el responsable de la difusión e implementación de las referidas Guías de Tratamiento Cognitivo Conductual.

Artículo Tercero. - Las Guías aprobadas con la presente Resolución serán publicadas en la Página Web del Hospital Hermilio Valdizán

Regístrese y Comuníquese,



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN
Dr. RAFAEL NAVARRO CUEVA
Director

**HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN
DPTO. DE ANÁLISIS Y MODIFICACION DEL
COMPOR TAMIEN TO**

***GUIA DE TRATAMIENTO COGNITIVO
CONDUCTUAL DEL
TRASTORNO DE ANSIEDAD
GENERALIZADA (TAG)***

DAMOC –2012





Resolución Directoral

Santa Anita, 23 de Agosto del 2012.

Visto el Expediente 12 MP-010673-00 y Memorando Nº 138-SDG-HHV-12; sobre aprobación de **1) Guía de Tratamiento Cognitivo Conductual del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) 2) Guía de Tratamiento Cognitivo Conductual de la Depresión y 3) Guía de Tratamiento Cognitivo Conductual de la Fobia Social** del Departamento de Análisis y Modificación del Comportamiento (DAMOC), del Hospital Hermilio Valdizán;

CONSIDERANDO:

Que, la Ley Nº 26842 – Ley General de Salud, establece que la protección de la salud es de interés público y por tanto es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, mediante Memorando Nº 109-DAMOC-HHV-2012, de fecha 10 de julio del 2012, el Jefe del Departamento de Análisis y Modificación del Comportamiento, remite las respectivas Guías de Tratamiento Cognitivo Conductual a la Dirección Adjunta del Hospital para su revisión y aprobación mediante la respectiva resolución;

Que, el Departamento de Análisis y Modificación del Comportamiento (DAMOC), es la unidad orgánica encargada de prestar atención a pacientes en base a técnicas conductuales – cognitivas, teniendo como objetivo realizar la evaluación conductual - cognitiva a los pacientes adultos, adolescentes y niños para identificar la(s) conducta(s) problemas y asignar al terapeuta respectivo; elaborar programas de tratamiento en función de las necesidades individuales de cada paciente dentro de un marco de ética terapéutica, entre otros;

Que, según lo expuesto se hace necesario aprobar las Guías de Tratamiento Cognitivo Conductual, que permitirá establecer las técnicas de relajación, técnicas de exposición, entrenamiento asertivo y terapia cognitiva en los trastornos de Ansiedad Generalizada, depresión y Fobia Social; para cuyo efecto es pertinente expedir el respectivo acto resolutorio;

En uso de las facultades conferidas por el artículo 11º inc. c) del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Hermilio Valdizán", aprobado por R.M. Nº 797-2003-SA/DM; y, contando con la visación del Jefe del Departamento de Análisis y Modificación del Comportamiento y de la Dirección Adjunta;

SE RESUELVE:

Artículo Primero.- APROBAR las Guías de Tratamiento Cognitivo Conductual del Hospital Hermilio Valdizán, que se mencionan:

- Guía de Tratamiento Cognitivo Conductual del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)
- Guía de Tratamiento Cognitivo Conductual de la Depresión
- Guía de Tratamiento Cognitivo Conductual de la Fobia Social

Artículo Segundo.- El Jefe del Departamento de Análisis y Modificación del Comportamiento, será el responsable de la difusión e implementación de las referidas Guías de Tratamiento Cognitivo Conductual.

Artículo Tercero.- Las Guías aprobadas con la presente Resolución serán publicadas en la Página Web del Hospital Hermilio Valdizán

Regístrese y Comuníquese,



Distribución:
DAMOC
INFORMATICA
RES.

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN

Dr. RAFAEL NAVARRO GUTIERREZ

GUIA DE TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL DEL

TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA (TAG)

1. NOMBRE Y CODIGO

Trastornos de Ansiedad: TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA
(F 41.1, CIE10, OMS).

2. DEFINICIÓN DE TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA (TAG)

Es el trastorno de ansiedad más frecuente en atención primaria, y afecta en 9.9% de la población. Es más frecuente en el sexo femenino (2:1) y su momento de aparición suele ser la edad adulta. Su curso suele ser variable, pero en general tiende a ser fluctuante y crónico, con fases de mejoría y empeoramiento que generalmente se relacionan con situaciones de estrés ambiental.

Se caracteriza por un estado más o menos constante de tensión y ansiedad ante distintas situaciones. Este estado dura más de seis meses a pesar de la falta de un agente estresante obvio o específico. El afectado debe tener síntomas de ansiedad la mayor parte de los días durante al menos varias semanas seguidas. Entre ellos deben estar presentes rasgos de:

- 1) Aprensión (preocupaciones acerca de calamidades venideras, sentirse "al límite", dificultades de concentración, etc.).
- 2) Tensión muscular (agitación e inquietud psicomotrices, cefaleas de tensión, temblores, incapacidad de relajarse).
- 3) Hiperactividad vegetativa (mareos, sudoración, taquicardia o taquipnea, molestias epigástricas, vértigo, sequedad de boca, etc.).

Es muy difícil para la persona con TAG controlar la preocupación. Los síntomas deben causar angustia significativa y alterar el funcionamiento normal y no ser debidos a un estado médico u otro trastorno anímico o psicosis.

Debe destacarse que casi la mitad de los pacientes que padecen TAG tienen también otro trastorno de ansiedad o incluso sufren de depresión. Para un diagnóstico seguro de TAG, las preocupaciones no deben ser las mismas que las que definirían otros trastornos de ansiedad, como ataques de pánico o ansiedad social.

3. MODELOS EXPLICATIVOS

- Beck (1985), ha elaborado la **hipótesis del contenido cognitivo específico**, que señala que las personas que son altamente susceptibles a la ansiedad han desarrollado variantes maladaptativas de estructuras cognitivas llamadas “esquemas de peligro” que guían el procesamiento de la información.
- Borkovec (1994), ha distinguido dos componentes en la **vulnerabilidad psicológica**: la **percepción de amenaza generalizada** (o la visión del mundo como peligroso) y el **sentirse incapaz de afrontar los eventos amenazantes**. Esta vulnerabilidad ha podido surgir a partir de la experiencia de ciertos traumas y de vivencias de rechazo por parte de los padres.
- Wells y Butler (1997), ha desarrollado un **modelo metacognitivo** del TAG, donde plantean que los pacientes tienen creencias tanto positivas y negativas sobre la preocupación. Por un lado, sostienen fuertes creencias positivas acerca de la utilidad de la preocupación como estrategia para hacer frente a posibles eventos negativos, y por otro, estos mismos individuos sostienen también creencias negativas acerca de la preocupación en sí misma y la valoran como peligrosa e incontrolable. En respuesta al evento activador (con frecuencia pensamientos negativos intrusivos), se activarían las meta-creencias positivas (valor preventivo de la preocupación) y, con ellas, la rumiación acerca del problema y de las posibles consecuencias del mismo. Distinguen entre **preocupación tipo I**, que se refiere a eventos externos y a eventos internos no cognitivos, y **preocupación tipo II o meta-preocupación**, es la preocupación acerca de la preocupación.
- Barlow (1988, 2002), sostiene que aunque no hay una carga genética para el TAG como tal, o, como mucho, esta no es muy grande, es posible que haya una hipersensibilidad neurobiológica al estrés genéticamente determinada. Esta **vulnerabilidad biológica**

puede interactuar con una **vulnerabilidad psicológica** (sensación de que los eventos amenazantes son impredecibles y/o incontrolables basada en experiencias evolutivas tempranas), de modo que ante la ocurrencia de **eventos estresantes** o problemáticos, la persona puede responder con preocupación y ansiedad; esta respuesta estará moderada por factores como las **habilidades de afrontamiento** y el **apoyo social**.

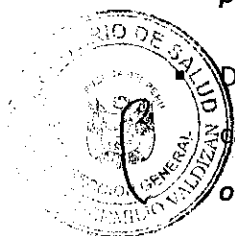
- Rapee (1995), sostiene que las personas con TAG presentan a menudo características de personalidad tales como **perfeccionismo, dependencia y falta de asertividad**, las cuales pueden haber sido favorecidas por haber sido educadas por padres sobreprotectores, muy exigentes y/o ansiosos. Estas características de personalidad pueden contribuir a una **falta de habilidades para manejar diversas situaciones problemáticas o a dificultades para aplicar dichas habilidades**.

Dugas y Ladouceur (1997), han señalado que, en general, los pacientes con TAG no carecen del conocimiento sobre cómo solucionar problemas, sino que **fallan en la orientación hacia el problema**, es decir, no saben reconocer los problemas o ven problemas donde no los hay, hacen atribuciones inadecuadas sobre los mismos, los valoran como amenazas y se sienten frustrados y perturbados al encontrarse con problemas, no creen en la propia capacidad para resolverlos, no dedican el tiempo y esfuerzo suficiente a los mismos y mantienen un punto de vista pesimista sobre los resultados.

4. CUADRO CLINICO SEGÚN EL MODELO COGNITIVO CONDUCTUAL

Las manifestaciones clínicas de la ansiedad son muy variadas y pueden clasificarse en diferentes grupos:

<p>Físicos: Taquicardia, palpitaciones, opresión en el pecho, sensación falta de aire, temblores, hormigueos, sudoración, sequedad de boca molestias digestivas, náuseas, vómito, "nudo" en el estómago, diarreas o estreñimiento, alteraciones de la alimentación, tensión y rigidez muscular, cansancio, mareos e inestabilidad Alteraciones del sueño y de la respuesta sexual. Micción frecuente</p>	<p>Psicológicos: Inquietud, agobio, sensación de peligro, temor a perder el control, ganas de huir o atacar, inseguridad, sensación de vacío, sensación de extrañeza (despersonalización), desconfianza, incertidumbre, dificultad para tomar decisiones. En casos más extremos, temor la muerte, la locura, o el suicidio</p>
---	---



<p>Cognitivos: Dificultades en la concentración, la atención, y la memoria, olvidos frecuentes, preocupación excesiva, anticipaciones negativas y catastróficas de los hechos, pensamientos distorsionados, incremento de las dudas y la sensación de confusión, tendencia a recordar sobre todo cosas desagradables, sobrevalorar pequeños detalles desfavorables,</p>	<p>Conductuales: Estado de alerta (hipervigilancia), bloqueos o torpeza en las acciones, impulsividad, inquietud motora, dificultad para estar quieto y en reposo. Posturas cerradas, rigidez, movimientos torpes de manos y brazos tensión de las mandíbulas, cambios en la voz, expresión facial de asombro, duda o crispación, etc.</p>
--	---

Los procesos cognitivos de la preocupación son:

- Sobreestimación de la amenaza percibida
- Subestimación de los recursos personales para afrontar la amenaza
- Experimentan niveles incrementados de pensamientos e imágenes relacionados con la amenaza
- Incluyen esferas amplias y múltiples
- Existencia de procesos compensatorios auto protectores como la preocupación patológica
- Sesgo atencional hacia la información amenazante
- Umbral más bajo para percibir ambigüedad y tienden a interpretar la información ambigua como amenazante

Intolerancia a la incertidumbre, creencias sobre la utilidad de las preocupaciones, orientación negativa hacia los problemas y evitación cognitiva de las imágenes amenazantes (Dugas y cols. 1998)

Creencias sobre las preocupaciones

- ✓ Evitación supersticiosa de lo que se teme: "preocuparme hace menos probable que el evento temido ocurra".
- ✓ Evitación real de lo que se teme: "preocuparme me ayuda a descubrir medios de evitar lo que temo".
- Evitación de temas emocionales más profundos: "preocuparme por la mayoría de las cosas que me preocupo es un medio de evitar pensar en otras cosas más perturbadoras emocionalmente".
- ✓ Preparación para el afrontamiento: "preocuparme por un evento negativo me ayuda a prepararme para su ocurrencia".
- ✓ Recurso motivacional: "preocuparme me motiva para llevar a cabo lo que tengo que hacer".



5. EVALUACION

(A) Entrevista

(B) Autoinformes

- ✓ Inventario de preocupación de Meyer, PSWQ
- ✓ Cuestionario de desorden de ansiedad generalizada GADQ-IV
- ✓ Lista de chequeo de ansiedad de Leahy
- ✓ Cuestionario de metacogniciones, MCQ
- ✓ Inventario de evaluación del TAG (GADI)
- ✓ Escala de detección del TAG de Carroll y Davidson
- ✓ **Escala de ansiedad de Zung (Zung, 1971):** Compuesta por 20 ítems con posibilidad de puntuación de 1 a 4.
- ✓ **Escala para la evaluación de la ansiedad de Hamilton:** Está compuesta por 14 ítems, cada uno correspondiente a un conjunto de manifestaciones de la ansiedad. El evaluador asigna una puntuación de 0 a 4 en función de la frecuencia e intensidad en lo que se presentan los síntomas.

(C) Autorregistros

6. PROCESO DE INTERVENCION PSICOLOGICA

a) Metodología

- Nº de sesiones: 20
- Frecuencia: 1 vez a la semana
- Tiempo de Sesión: 45 minutos-1 hora.
- Duración: 5 meses de intervención, más 3 sesiones de seguimiento

b) Objetivos

1. Reducir los síntomas físicos de la ansiedad.
2. Disminuir el tiempo dedicado a la preocupación.
3. Identificar y modificar las distorsiones cognitivas: Sobrestimación de la probabilidad de ocurrencia de un evento negativo y pensamiento catastrófico.
4. Evaluar los costos beneficios de la preocupación y distinguir entre una preocupación productiva y una improductiva.
5. Examinar las preocupaciones del paciente acerca de la preocupación.
6. Modificar las creencias sobre el valor positivo de la preocupación.

7. Eliminar las conductas de evitación.
8. Adquirir habilidades de afrontamiento de las situaciones realmente amenazantes.

c) Procedimiento

Se utilizará un diseño de caso único: tipo A-B-A' típico de intervenciones en Psicología Clínica, donde A es una fase de evaluación y/o línea base, B es la estrategia de intervención (aplicación de técnicas cognitivo-conductuales) y A' es un post-evaluación y seguimiento.

SESIÓN Nº 1

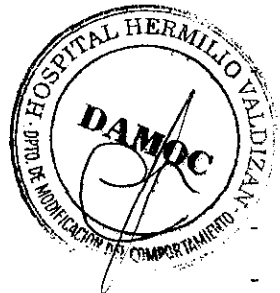
- Establecer una adecuada relación terapéutica.
- Iniciar la evaluación del caso: Comenzar la historia clínica semi estructurada, aplicar los cuestionarios respectivos y explicar la forma de llenar el autorregistro.
- Tarea: Realizar el autorregistro, enfatizando en la importancia de la autoobservación.

SESIÓN Nº 2

- Culminar la evaluación del TAG y otras condiciones comórbidas, haciendo uso de los instrumentos adecuados.

SESIÓN Nº 3

- Presentar al paciente los resultados de la evaluación.
- Explicar el modelo cognitivo conductual de la ansiedad en general y el trastorno de ansiedad generalizada en particular.
- Explicar en qué va a consistir el tratamiento psicológico, señalando la frecuencia y duración de las sesiones así como sus objetivos y técnicas. Poner énfasis en la asistencia regular y el cumplimiento de las asignaciones para casa.
- Resolver las interrogantes del paciente.
- Fortalecer el compromiso para la terapia con la presentación del contrato conductual.
- Iniciar el entrenamiento en relajación muscular, 1º sesión, resaltando la importancia de la práctica.
- Tarea: Llenar el Diario de Preocupaciones y practicar ejercicios de relajación en casa.



SESIÓN Nº 4

- Revisar autorregistros, poniendo énfasis en la diferenciación de los componentes del TAG.
- Explicar los objetivos y el procedimiento de un utilizar un momento para la preocupación.
- Continuar con el entrenamiento en relajación muscular, 2º sesión
- Tarea: Autorregistros y practicar ejercicios de relajación en casa.

SESIÓN Nº 5

- Revisar las tareas.
- Abordar la identificación de las distorsiones cognitivas.
- Continuar con el entrenamiento en relajación muscular, 3º sesión
- Tarea: Autorregistros, practicar relajación y elaborar 2 ejemplos de cada una de las distorsiones cognitivas.

SESIÓN Nº 6

- Revisar las tareas.
- Identificar y cuestionar cogniciones que sobrestiman la probabilidad de eventos negativos.
- Se concluye el entrenamiento en relajación muscular, 4º sesión
- Tarea: Autorregistros, practicar relajación y el desafío los pensamientos distorsionados.



SESIÓN Nº 7

- Revisar las tareas.
- Identificar y cuestionar cogniciones catastróficas.
- Tarea: Autorregistro, practicar relajación muscular y desafío de cogniciones.

SESIÓN Nº 8

- Revisar las tareas.
- Identificar y cuestionar las creencias irracionales acerca de la preocupación.
- Entrenamiento en relajación por aflojamiento directo e imaginal.
- Tarea: Autorregistros, practicar relajación y elaborar pensamientos racionales.



SESIÓN Nº 9

- Revisar las tareas.
- Reforzar la capacidad de elaborar alternativas racionales frente a pensamientos deformados y su relación con emociones más saludables.
- Continuar con entrenamiento en relajación por aflojamiento directo e imaginal.
- Tarea: Autorregistros, practicar relajación y elaborar pensamientos racionales.

SESION Nº 10

- Revisar las tareas.
- Consolidar técnicas de relajación.
- Introducir la exposición a la preocupación.
- Tarea: Autorregistros, practicar relajación, elaborar pensamientos alternativos y practicar la exposición a la preocupación.

SESIÓN Nº 11

- Revisar las tareas.
- Consolidar su capacidad de elaborar pensamientos y emociones más saludables frente a situaciones activadoras de preocupación.
- Se continúa el entrenamiento en las técnicas de exposición enfatizando la importancia de exponerse gradualmente y en forma diaria a situaciones provocadoras de ansiedad, utilizando las habilidades de relajación y cognitivas en la vida real.
- Tarea: Autorregistros, practicar relajación, elaborar pensamientos alternativos y practicar la exposición a la preocupación.

SESIÓN Nº 12

- Revisar las tareas.
- Iniciar entrenamiento en asertividad.
- Evaluar avances y dificultades, y reforzar sus logros.
- Tarea: Autorregistros, exposición, practicar relajación, asertividad y cuestionamiento.

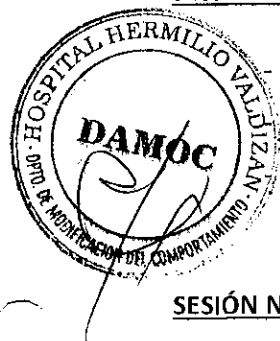
SESIÓN N° 13

- Revisar las tareas.
- Continuar entrenamiento asertivo.
- Iniciar entrenamiento en resolución de problemas.
- Continuar trabajando el cuestionamiento de los pensamientos disfuncionales.
- Tarea: Autorregistros, exposición, practicar relajación, asertividad y cuestionamiento.

SESIÓN N° 14

- Revisar las tareas.
- Consolidar entrenamiento asertivo.
- Continuar con estrategias de resolución de problemas.
- Evaluar capacidad de plantearse las preguntas adecuadas para el cuestionamiento.
- Tarea: Utilizar los recursos adquiridos.

SESIÓN N° 15



- Revisar las tareas.
- Consolidar técnicas de resolución de problemas.
- Tarea: exposición y utilización de recursos adquiridos.

SESIÓN N° 16



- Revisar las tareas.
- Abordar técnicas para el manejo del tiempo y la programación de actividades.
- Tarea: exposición y utilización de recursos adquiridos.

SESIÓN N° 17

- Revisar las tareas.
- Consolidar las técnicas para el manejo del tiempo y la programación de actividades.
- Tarea: exposición y utilización de recursos adquiridos.



SESIÓN Nº 18 y SESIÓN Nº 19

- Evaluación de habilidades de afrontamiento frente a situaciones ansiógenas identificadas en la lista jerarquizada, poniendo énfasis en la identificación de dificultades.
- Planteamiento de alternativas para superar dificultades identificadas.
- Tareas: Exposición a dichas dificultades utilizando los recursos aprendidos.

SESIÓN 20

- Evaluación final: aplicación de instrumentos utilizados en la evaluación de entrada.
- Despedida.

FASE DE SEGUIMIENTO

Se llevara a cabo por 6 meses, con una frecuencia de una sesión mensual.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bados López, Arturo (2005): *Trastorno de ansiedad generalizada*. Universidad de Barcelona.
2. Buela Casal, Gualberto (2004): *Manual de evaluación y tratamientos psicológicos*. Biblioteca Nueva: Madrid.
3. Cascardo, Enzo; Resnik, Pablo (2005): *Trastorno de ansiedad generalizada*. Polemos: Buenos Aires.
4. Cía, Alfredo (2002): *La ansiedad y sus trastornos*. Polemos: Buenos Aires.
5. Leahy, Robert (2000): *Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders*. Guilford Press: New York.
6. Labrador J. F. Cruzado J. A., Muñoz M. (2001) *Manual de Técnicas de Modificación y Terapia de la Conducta*.
7. Caballo, V. E. (1997) *Manual para el TCC de los trastornos psicológicos; Vol 1. Siglo Veintiuno de España Editores. S.A.*



ANEXOS

TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

TÉCNICAS DE RELAJACIÓN

Las técnicas de relajación son procedimientos cuyo principal objetivo es enseñar a la persona a controlar su propio nivel de activación a través de la modificación directa de las condiciones fisiológicas sin ayuda de recursos externos.

El entrenamiento en relajación se inicia con los trabajos pioneros de Edmund Jacobson, quien en 1929 publica *Progressive Relaxation* en la que expone los fundamentos de la técnica de relajación progresiva, y Shultz, quien en 1932 publica *Das Autógeno Training* en la que expone los fundamentos del entrenamiento autógeno.

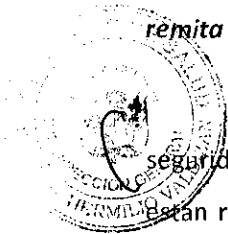
La **relajación muscular progresiva**, es una de las técnicas más utilizadas dentro de la terapia cognitivo conductual, fue desarrollada originalmente por Jacobson (1888-1983) en 1929. Sin embargo, diversos autores han modificado su procedimiento acortando su duración de forma importante. Siendo la más divulgada la técnica de Joseph Wolpe (1915-1977).



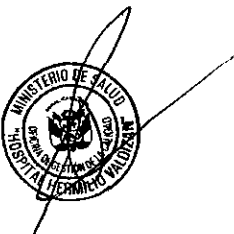
TÉCNICAS DE EXPOSICIÓN

Baum (1968) demostró que la presentación masiva de estímulos generadores de ansiedad asociada a la prevención de respuesta bastaba para provocar la extinción del estímulo fóbico. Siendo una característica esencial la exposición prolongada, por lo que la llamó inundación. Ambos términos se ha usado indistintamente pero existen características que los distinguen.

La **exposición en vivo** a los estímulos fóbicos **sin la conducta de escape** hasta que la **ansiedad remita** de forma significativa es el tratamiento conductual más eficaz actualmente disponible.



La clave del tratamiento es impedir que la evitación o el escape se conviertan en una "señal de seguridad". Los mecanismos explicativos de la reducción del miedo durante la práctica de exposición están relacionados con la **habituación** (desde una perspectiva fisiológica), con la **extinción** (desde una perspectiva conductual) y con el **cambio de expectativas** (desde una perspectiva cognitiva).



ENTRENAMIENTO ASERTIVO

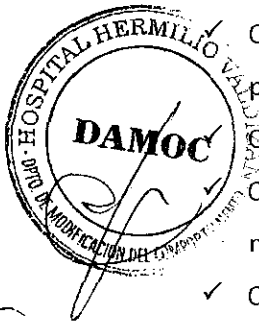
La asertividad es una más de las habilidades sociales. Mucha gente necesita aprender como defender sus derechos personales, cómo expresar pensamientos, emociones y creencias en forma directa, honesta y apropiada sin violar los derechos de la otra persona.

La esencia de la conducta asertiva puede ser reducida a cuatro patrones específicos: la capacidad de decir "no"; la capacidad de pedir favores y hacer requerimientos; la capacidad de expresar sentimientos positivos y negativos... (Lazarus, 1983).

TERAPIA COGNITIVA

La Terapia Cognitiva (TC) es una estrategia de tratamiento desarrollada por Aaron Beck en la década del 60 y es él mismo quien la define como "un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado" que se utiliza para tratar distintos trastornos psicológicos. Se basa en el supuesto teórico de que las emociones y las conductas de un individuo están determinadas en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo.

- ✓ Que es una idea y no necesariamente una verdad.
- ✓ Que puede creer en ella con mucha intensidad y hasta "sentir" que es verdadera y, no obstante, puede ser parcial o totalmente falsa.
- ✓ Que como idea, puede ser sometida a comprobaciones.
- ✓ Que tiene sus orígenes en sucesos de la infancia y que puede o no haber sido cierta en el momento en que comenzó a creer en ella.
- ✓ Que se mantiene a través del funcionamiento de sus esquemas, en los cuales rápidamente encuentra datos que sustentan la creencia central, mientras ignora los que la contradicen.
- ✓ Que el paciente y el terapeuta pueden, en un trabajo conjunto, usar una gran variedad de estrategias para modificar esa idea y obtener una visión más real de sí mismo.



Técnicas Utilizadas Comúnmente

Cuestionamiento Socrático:

El Cuestionamiento socrático es central al concepto de probar hipótesis como un detective o un científico, en donde usted formula una serie de preguntas para ayudar a que los pacientes examinen la lógica detrás de sus creencias. Este es uno de los métodos más importantes para identificar y evaluar el



pensamiento disfuncional, y está basado en la asunción, en la terapia cognitiva, de que los pacientes cambiarán sus creencias más rápido o más completamente si descubren las fallas en su razonamiento por sí mismos. De ahí que es la serie de preguntas, más que afirmaciones, las que le dicen a los pacientes lo que están haciendo mal. Utilice esta técnica para ayudar a que los pacientes determinen la validez y utilidad de sus pensamientos. Algunas preguntas típicas son:

- “¿Hay alguna evidencia que apoye la exactitud de este pensamiento?”
- “¿Hay alguna evidencia que lo contradiga?”
- “¿Hay alguna explicación alternativa?”
- “¿Cuál es el efecto de creer esto?”
- “¿Cuál podría ser el efecto de cambiar su creencia?”

El Paciente Como Detective o Científico

Al emplear los métodos socráticos y familiarizar a su paciente con el modelo cognitivo, anímelo a tomar un rol que facilite la exploración de los pensamientos personales. Hacia el final, anime a su paciente a adoptar el rol de un detective que busca las pistas o la evidencia, o bien el de un científico que está probando una hipótesis. Incluso puede sugerir que juntos, ambos, conformen una agencia de detectives o un equipo de investigación. En estos roles, usted y su paciente identifiquen las predicciones específicas verificables, utilizando varios de los métodos que abajo describo, especialmente los experimentos conductuales.

Identificar los Errores Cognitivos

Como se describió antes, muchos, si no la mayoría de los pacientes, cometen comúnmente errores de pensamiento. Déles una lista de ellos para ayudar a que los pacientes identifiquen patrones erróneos de pensamiento temprano en el tratamiento. Como se listan más arriba, incluyen pensamientos de todo-o-nada, etiquetamiento, sobre-generalización, filtro mental, omitir lo positivo, saltar a conclusiones (incluyendo la lectura del pensamiento y la adivinación del futuro), magnificación, razonamiento emocional y afirmaciones de “debería”. Algunos de estos errores corresponden o se superponen con tipos de creencias problemáticas o con otras técnicas cognitivas. Por ejemplo, saltar a conclusiones puede ser sinónimo de sobreestimación del daño en

algunos pacientes, y el razonamiento emocional está muy vinculado con la técnica de contrastar la mente racional con la mente emocional.

Flecha Descendente

Esta técnica, es particularmente útil para identificar las creencias de mayor nivel de profundidad y/o los temores catastróficos. En este método, usted le pregunta repetidamente al paciente los significados vinculados con las situaciones temidas, asumiendo que los pensamientos iniciales fueran ciertos ("Entonces, si eso pasara, ¿qué significaría para usted?"... "¿Qué significaría?"... "¿Qué es lo peor de ello?"). Esta técnica puede también utilizarse para identificar creencias de nivel más profundo en el módulo de creencias centrales, preguntando: "¿Qué significa esto para usted?" Usted utilizará inicialmente el método de la flecha descendente como instrumento de evaluación para identificar las creencias problemáticas, y más adelante como método para facilitar la evaluación de las creencias intermedias y/o centrales que emerjan.

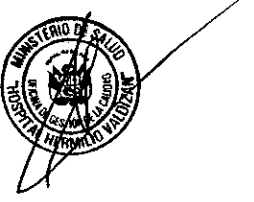
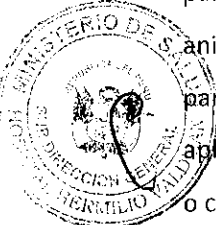
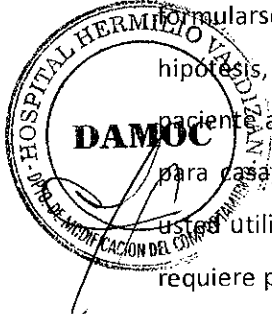
Experimentos Conductuales

Los experimentos conductuales son útiles cuando las asunciones de su paciente pueden formularse fácilmente en hipótesis verificables. El terapeuta y el paciente formulan juntos la hipótesis, y el paciente puntúa cuán fuertemente cree que es cierta. Luego usted ayuda a su paciente a pensar en una forma de probar la creencia, usualmente como una asignación de tarea para casa, aunque algunas veces un experimento puede conducirse en la oficina. Típicamente, usted utiliza el Cuestionamiento Socrático para diseñar el experimento y decidir qué evidencia se requiere para apoyar o refutar la creencia.

Ventajas y Desventajas

Una estrategia cognitiva frecuentemente utilizada para los pacientes que tienen dificultad para tomar decisiones (usualmente ello significa que tienen un excesivo deseo de certeza), es animarlos a que hagan un lista de dos columnas con los costos y beneficios de una decisión en particular. Los pacientes pueden entonces sopesar los pros y contras relativos. A menudo aplicamos esta técnica para determinar las ventajas y desventajas de aferrarse a ciertas creencias o conductas, contra reemplazarlas por otras nuevas.

Técnica del Doble Estándar: Esta técnica es particularmente útil para aquéllos con responsabilidad excesiva o estándares altos relacionados con el perfeccionismo, porque los fuerza a tomar otra



perspectiva. Usted puede simplemente preguntarle al paciente acerca de si aplicarían los mismos principios estrictos o las actitudes que tienen para consigo mismos a otros que son como ellos.

Gráfico de Torta

Usted puede utilizar un gráfico de torta para ayudar a sus pacientes a que determinen su responsabilidad por las situaciones por las que se culpan a sí mismos irracionalmente. Ello requiere que el paciente estime primero su propio rol en el resultado negativo, y luego que haga una lista de todas las personas o circunstancias que podrían afectar el evento en cuestión. El asignar a cada una de ellas una porción de la torta antes de agregar la parte propia del paciente al final, deja poco espacio residual para la responsabilidad personal.

TÉCNICA DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

Los problemas a los que no se encuentra solución desembocan en un malestar crónico. Cuando las estrategias de afrontamiento ordinarias fracasan aparece un sentimiento creciente de indefensión que dificulta la búsqueda de nuevas soluciones.

Se define un **problema como el fracaso para encontrar una respuesta eficaz**. En 1982, D'Zurilla y Nezu definen la técnica de Solución de Problemas como "un proceso cognitivo-afectivo-comportamental mediante el cual un individuo o grupo identifica medios efectivos para solucionar conflictos propios del vivir cotidiano", con una finalidad terapéutica y preventiva.

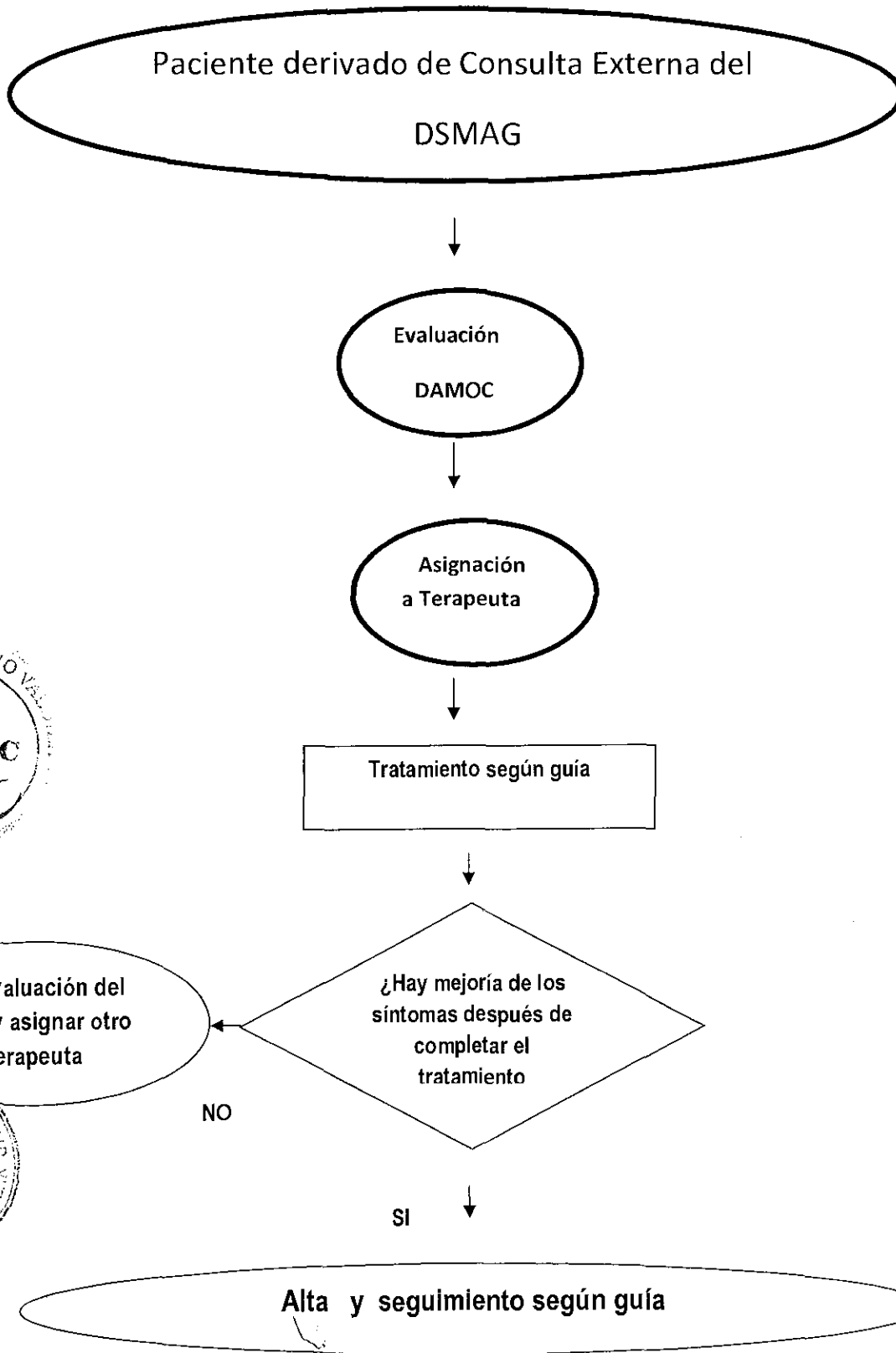
Consta de cinco fases:

1. Orientación del problema
2. Formulación y definición del problema
3. Generación de alternativas
4. Toma de decisiones
5. Puesta en práctica de la decisión tomada y verificación de los resultados.

MOMENTO DE LA PREOCUPACIÓN

El paciente sólo podrá "preocuparse" durante un tiempo y en un lugar asignados previamente. Otras preocupaciones que ocurran durante el día serán postergadas hasta el momento indicado. La persona decide cuando las va a considerar objeto de atención

PACIENTE CON TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA (TAG)



MANEJO DEL TIEMPO

- Delegar responsabilidades
- Saber decir no
- Ajustarse a los planes previstos
- Establecer metas:
 - A: prioritarias, deben ser hechas el mismo día
 - B: muy importantes, deben ser hechas pronto
 - C: importantes, deben ser hechas, pero no muy pronto
- Asignar tiempo suficiente a cada actividad
- Programar horarios de las distintas actividades



ESCALA DE AUTOVALORACION (ZUNG) - ANSIEDAD

NOMBRE:..... EDAD:..... FECHA:/...../.....

INSTRUCCIONES: Ponga una marca (X) en el cuadro que Ud. considere más aplicable a su caso, de acuerdo a cómo se ha sentido durante la última semana.

	NUNCA O CASI NUNCA	A VECES	CON BASTANTE FRECUENCIA	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	Ptje
01. Me siento más intranquilo y nervioso que de Costumbre					
02. Me siento atemorizado sin motivo					
03. Me altero o me angustio con facilidad					
04. Siento como si me estuviera deshaciendo en pedazos					
05. Creo que todo está bien y que no va a pasar nada malo*					
06. Me tiemblan los brazos y las piernas					
07. Sufro dolores de cabeza, del cuello y de la espalda					
08. Me siento débil y me canso fácilmente					
09. Me siento tranquilo y me es fácil estarme quieto*					
10. Siento que el corazón me late aprisa					
11. Sufro de mareos					
12. Me desmayo o me siento que me voy a desmayar					
13. Puedo respirar fácilmente*					
14. Me duermen y hormigean los dedos de las manos y de los pies					
15. Sufro dolores de estómago e indigestión					
16. Tengo que orinar con frecuencia					
17. Generalmente tengo las manos secas y calientes*					
18. La cara se me pone caliente y roja					
19. Me duermo fácilmente y descanso bien por las noches*					
20. Tengo pesadillas.					

PUNTUACION TOTAL:

Indice E.A.A.: Interpretación Global:

* Descendente

Indice = $\frac{\text{Puntuación}}{80} \times 100$

80

Menos de 50

50 - 59

60 - 69

70 ó más

Dentro de límites normales

A. Leve moderada

A. Moderada a intensa

A. Intensa



Escala de evaluación de la **ansiedad** de Hamilton

Ninguna = 0 / Leve = 1 / Moderada = 2 / Grave = 3 / Gravemente incapacitante = 4

Ansioso	<i>Preocupaciones, anticipación de lo peor, anticipación temerosa, irritabilidad.</i>
Tensión	<i>Sensación de tensión, fatigabilidad, respuestas de alarma, llanto fácil, temblor, sentimientos de inquietud, incapacidad para relajarse.</i>
Miedos	<i>A la oscuridad, a los extraños, a quedarse solo, a los animales, al tránsito, a las multitudes.</i>
Insomnio	<i>Dificultad para quedarse dormido, sueño fragmentado, sueño insatisfactorio o fatiga al despertar, sueños, pesadillas o terrores nocturnos.</i>
Intelectual (cognitivo)	<i>Dificultad de concentración, memoria pobre.</i>
Humor depresivo	<i>Pérdida de interés, ausencia de placer en las aficiones, depresión, despertar precoz, variación diurna.</i>
Somático (muscular)	<i>Dolores, contracciones, rigidez, sacudidas mioclónicas, rechinar de dientes, voz titubeante, aumento del tono muscular.</i>
Somático (sensorial)	<i>Tinnitus, visión borrosa, flashes de frío o de calor, sensación de debilidad, de incomodidad.</i>
Síntomas cardiovasculares	<i>Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, pulso reforzado, sensación de desvanecimiento, ausencia de latido.</i>
Síntomas respiratorios	<i>Presión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.</i>
Síntomas gastrointestinales	<i>Dificultad para tragar, gases, dolor abdominal, ardor, plenitud abdominal, náuseas, vómitos, borborigmos, atonía intestinal, pérdida de peso, estreñimiento.</i>
Síntomas genitourinarios	<i>Aumento de la frecuencia de micción, urgencia miccional, amenorrea, menorragia, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, pérdida de la libido, impotencia.</i>
Síntomas autonómicos.	<i>Boca seca, sofocos, palidez, tendencia a sudar, mareos, cefalea</i>
Comportamiento	<i>tensional, erizamiento del cabello.</i>
Durante la entrevista	<i>Nervioso, inquieto o tranquilo, temblor de manos, frente fruncida, tensión facial, suspiros o respiración acelerada, palidez facial, tragar saliva, eructos, sacudidas tendinosas enérgicas, pupilas dilatadas, exoftalmos.</i>

TOTAL

Comentarios adicionales:

Cuadro de M. Hamilton: The assessment of anxiety by rating. Br. J. Psychiatry 32:50 1959.



Escala Hamilton para clasificación de la Depresión (HAMD)

PACIENTE:..... EDAD:..... SEXO: M F
 PRESION ARTERIAL:.....mmhg F. CARDIACA.....x min. PULSO..... x min.
 DIAGNOSTICO:.....
 DIAGNOSTICO ASOCIADO.....
 TRATAMIENTO DEPRESIVO.....mg. Nº veces/día.....
 FECHA:.....

Esta es la escala principal más utilizada y entendida de las escalas posibles disponibles. La escala de clasificación HAMD solicita al Médico que evalúe la seriedad de síntomas diferentes a partir de preguntas formuladas al paciente (véase más abajo).

En las pruebas, los pacientes participantes tuvieron que obtener un puntaje mínimo de 18 puntos en los primeros 17 ítems de la escala HAMD. La escala completa tiene 21 ítems, pero sólo 17 se muestran aquí.

Cada respuesta tiene su puntaje al lado entre paréntesis

Puntaje

Puntaje

1. ¿Cómo está usted de deprimido?
 No en absoluto (0) un poco (1) moderadamente (2)
 mucho (3) sumamente (4)

10. ¿Ha intentado o intenta quitarse la vida?
 No (0) Sí (1)

2. ¿Se siente culpable de las cosas que ha hecho o pensado?
 No en absoluto (0) un poco (1) moderadamente (2)
 mucho (3) sumamente (4)

11. ¿Le parece que es usted más lento que su velocidad normal o habitual?
 No en absoluto (0) un poco (1) moderadamente (2)
 mucho (3) sumamente (4)

3. ¿Le cuesta más tiempo dormirse?
 No (0) a veces (1) siempre (2)

12. ¿Se siente ansioso o tenso?
 No en absoluto (0) un poco (1) moderadamente (2)
 mucho (3) sumamente (4)

4. ¿Se despierta a menudo - se despierta a menudo?
 No (0) a veces (1) siempre (2)

13. ¿Sufre de algún síntoma físico?
 No (0) a veces (1) siempre (2)

5. ¿Se despierta antes de lo habitual y luego no puede conciliar otra vez el sueño?
 No (0) a veces (1) siempre (2)

14. ¿Le preocupa que podría padecer una enfermedad grave como cáncer o venérea?
 No en absoluto (0) un poco (1) moderadamente (2)
 mucho (3) sumamente (4)

6. ¿Ha perdido interés en su trabajo o pasatiempo?
 No en absoluto (0) un poco (1) moderadamente (2)
 mucho (3) sumamente (4)

15. ¿Ha perdido interés en el sexo?
 No (0) a veces (1) siempre (2)

7. ¿Le encuentra sentido a la vida?
 No (1) Sí (0)

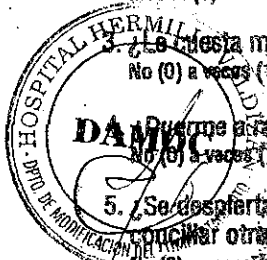
16. ¿Ha perdido peso recientemente - a parte de las dietas?
 No en absoluto (0) un poco (1) moderadamente (2)
 mucho (3) sumamente (4)

8. ¿Ha pensado en poner fin a todo?
 No (0) Sí (1)

17. ¿Está peor temprano por la mañana, pero mejora a medida que pasa el día?
 No (0) a veces (1) siempre (2)

9. ¿Ha hecho planes para quitarse la vida?
 No (0) Sí (1)

Puntaje Total



DAMICO



ADCA - 1

(García Pérez, EM y Magaz Lago, A.)

Nombres
 Edad Historia N° Fecha

- ◆ A continuación verás algunas afirmaciones sobre cómo piensan, sienten o actúan las personas.
- ◆ En cada frase, señala con una equis "X" la columna que mejor indica tu forma de reacción en cada situación.

CN = Nunca o casi nunca
 AV = A veces. En laguna ocasión
 AM = A menudo
 CS = Siempre o casi siempre.

- ◆ Por favor **CONTESTA TODAS LAS FRASES**, No hay respuestas BUENAS ni MALAS

	CN 4	AV 3	AM 2	CS 1
1. Cuando alguien dice algo con lo que no estoy de acuerdo me pone nervioso(a) tener que exponer mi propia opinión.				
2. Cuando estoy enfadado(a), me molesta que los demás se den cuenta.				
3. Cuando hago algo que creo que no les gusta a los demás, siento miedo o vergüenza de lo que puedan pensar de mi.				
4. Me disgusta que los demás me vean cuando estoy nervioso.				
5. Cuando me equivoco, me cuesta reconocerlo ante los demás.				
6. Si se me olvida algo me enfado conmigo mismo(a).				
7. Me enfado, si no consigo hacer las cosas perfectamente.				
8. Me siento mal cuando tengo que cambiar de opinión.				
9. Me pongo nervioso(a) cuando quiero elogiar a alguien.				
10. Cuando me preguntan algo que desconozco, procuro justificar mi ignorancia.				
11. Cuando estoy triste me disgusta que los demás se den cuenta.				
12. Me siento mal conmigo mismo (a) si no entiendo algo que me están explicando.				
13. Me cuesta trabajo aceptar las críticas que me hacen, aunque comprenda que son justas.				
14. Cuando me critican sin razón, me pone nervioso(a) tener que defenderme.				
15. Cuando creo haber cometido un error, busco excusas que me justifiquen.				
16. Cuando descubro que no sé algo, me siento mal conmigo mismo(a).				
17. Me cuesta hacer preguntas.				
18. Me cuesta pedir favores,				
19. Me cuesta decir que NO, cuando me piden que haga algo que yo no deseo hacer.				
20.- Cuando me hacen elogios, me pongo nervioso y no sé qué hacer o decir.				



21. Me molesta que no me entiendan cuando explico algo.				
22. Me irrita mucho que me lleven la contraria.				
23. Me molesta que los demás no comprendan mis razones o mis sentimientos.				
24. Me enfado cuando veo que la gente cambia de opinión con el paso del tiempo.				
25. Me molesta que me pidan ciertas cosas, aunque lo hagan con educación.				
26. Me molesta que me hagan preguntas				
27. Me desagrada comprobar que la gente no se esfuerce demasiado en hacer su trabajo lo mejor posible				
28. Me altero cuando compruebo la ignorancia de algunas personas				
29.- Me siento mal cuando compruebo que una persona que aprecio toma una decisión equivocada.				
30. Me altero cuando veo a alguien comportándose de manera indebida.				
31. Me disgusta que me critiquen.				
32: Siento malestar hacia la persona que me niega algo razonable que le pido de buenas maneras.				
33. Me altera ver a personas que no controlan sus sentimientos: lloran, dan gritos, se muestran excesivamente contentas,....				
34. Me desagrada que no se dé a las cosas la importancia que tienen.				
35. Me molesta que alguien no acepte una crítica justa.				

PERFIL DE ASERTIVIDAD

	AA	Percentiles	HA
	0	95	0
	0	90	0
	0	85	0
	0	80	0
	0	75	0
	0	70	0
	0	65	0
	0	60	0
	0	55	0
	0	50	0
	0	45	0
	0	40	0
	0	35	0
	0	30	0
	0	25	0
	0	20	0
	0	15	0
	0	10	0
	0	5	0

P. Directa	Percentil
Auto-asertividad
Hetero-asertividad

Nombre: _____ Estado Civil: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Ocupación: _____ Educación: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de enunciados. Por favor, lea cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las **últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (Cambio en los Hábitos de Sueño) y el ítem 18 (Cambios en el Apetito).

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo.
- 2 Estoy triste todo el tiempo.
- 3 Estoy tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto de mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas de las que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que estoy siendo castigado.
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con Uno Mismo

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusto a mí mismo.

8. Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual.
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo.
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores.
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría.
- 2 Querría matarme.
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo.
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

Título original: Beck Depression Inventory (Second edition)
Traducido y adaptado con permiso.
© 1996, 1987 by Aaron T. Beck, by the Psychological Corporation,
USA.

© de la traducción al castellano 2006 by The Psychological
Corporation, USA.

Todos los derechos reservados.



Subtotal Página 1

Continúa atrás

1. Adaptación: Lic. María Elena Brenlla

11. Agitación

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto.
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12. Pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3 Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0 Tomo mis decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso.
- 1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme.
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1 Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado.
- 3 No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1a Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b Duermo mucho menos que lo habitual.
- 3a Duermo la mayor parte del día.
- 3b Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.

17. Irritabilidad

- 0 No estoy más irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1a Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b Mi apetito es mucho mayor que lo habitual.
- 3a No tengo en apetito en absoluto.
- 3b Quiero comer todo el tiempo.

19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2 Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

_____ Subtotal Página 2

_____ Subtotal Página 1

_____ Puntaje total

INVENTARIO DE AUTOESTIMA

(José J. Navas)

Nombre: Edad:

Gdo. de Inst.: Ocupac.: Fecha:/...../..... Terapeuta:

INSTRUCCIONES:

Muchas personas no examinan conscientemente cómo ellas se sienten acerca de sí mismas. Una manera de determinar nuestro nivel de Estima es evaluando cómo nos percibimos o visualizamos a nosotros mismos. De manera que trate de contestar completo el siguiente cuestionario. Trate de responder tan rápido como le sea posible, sin pensar demasiado acerca de alguna pregunta en particular. Usualmente, la primera idea que nos viene a la "mente" resulta ser la más correcta. Sea tan honesto(a) y abierto(a) consigo mismo(a) en la mayor medida posible.

"0"..... *Si no es verdad.*

"1"..... *Si es más o menos cierto.*

"2"..... *Si es bastante cierto.*

"3"..... *Si es completamente cierto.*

PUNTAJE

- ___ 1. Yo usualmente me siento inferior a los demás.
- ___ 2. Yo normalmente me siento cálido(a) y feliz hacia mi mismo(a).
- ___ 3. Yo frecuentemente me siento inadecuado(a) para manejar nuevas situaciones.
- ___ 4. Yo usualmente me siento cálido(a) y amistoso(a) hacia todas las personas con las que tengo contacto.
- ___ 5. Yo me condeno habitualmente a mi mismo(a) por mis errores y defectos.
- ___ 6. Yo estoy libre de vergüenza, reproche, culpa y remordimiento.
- ___ 7. Yo tengo una necesidad impulsiva de probar mi valor y excelencia.
- ___ 8. Yo tengo un gran disfrute y entusiasmo por la vida.
- ___ 9. Yo estoy muy preocupado(a) acerca de lo que los demás piensan y dicen de mí.
- ___ 10. Yo puedo dejar que los demás se "equivoken" sin intentar corregirlos.
- ___ 11. Yo tengo una intensa necesidad de reconocimiento y aprobación.
- ___ 12. Yo estoy usualmente libre de perturbación, conflicto y frustración.
- ___ 13. El perder normalmente me causa sentirme resentido y "menos que".
- ___ 14. Yo usualmente anticipo nuevas tareas con bastante confianza.
- ___ 15. Yo estoy propenso(a) a condenar a los demás y frecuentemente deseo que los castiguen.
- ___ 16. Yo normalmente pienso por mi mismo(a) y tomo mis propias decisiones.
- ___ 17. Yo usualmente difiero/accedo a los demás por razón de su habilidad, riqueza o prestigio.
- ___ 18. Yo estoy dispuesto a tomar la responsabilidad por las consecuencias de mis acciones.
- ___ 19. Yo estor inclinado(a) a exagerar y mentir para mantener una imagen deseada.
- ___ 20. Yo soy libre para dar prioridad a mis propias prioridades y deseos.
- ___ 21. Yo tengo la tendencia a rebajar mis propios talentos, posesiones y logros.
- ___ 22. Yo normalmente defiendo mis propias opiniones y convicciones.
- ___ 23. Yo habitualmente niego, excuso, justifico o racionalizo mis errores y derrotas.
- ___ 24. Yo estoy usualmente sereno(a) y cómodo(a) entre extraños.
- ___ 25. Yo soy muy frecuentemente crítico(a) y rebajo a los demás.
- ___ 26. Yo soy libre para expresar amor, enojo, hostilidad, resentimiento, alegría, etc.
- ___ 27. Yo me siento muy vulnerable a las opiniones, comentarios y actitudes de los demás.
- ___ 28. Yo raramente experimento celos, envidia o desconfianza.
- ___ 29. Yo soy un "profesional en complacer a los demás".



"0"..... Si no es verdad.

"1"..... Si es más o menos cierto.

"2"..... Si es bastante cierto.

"3"..... Si es completamente cierto.

- ___ 30. Yo soy un prejuiciado(a) hacia grupos raciales, étnicos o religiosos.
- ___ 31. Yo soy temeroso(a) de exponer mi "verdadera imagen"
- ___ 32. Yo soy normalmente amistoso(a), considerado(a), y generoso(a) con los demás
- ___ 33. Yo frecuentemente culpo a los demás por mis impedimentos, problemas y errores.
- ___ 34. Yo raramente me siento incómodo (a) solo(a) y aislado(a) cuando estoy solo(a).
- ___ 35. Yo soy un(a) perfeccionista compulsivo(a).
- ___ 36. Yo acepto cumplidos y regalos sin vergüenza u obligación.
- ___ 37. Yo soy frecuentemente compulsivo(a) acerca de comer, fumar, hablar o tomar.
- ___ 38. Yo soy apreciativo(a) de los logros e ideas de los demás.
- ___ 39. Yo frecuentemente evito nuevas tareas por temor de errores o fracasos.
- ___ 40. Yo hago y mantengo amistades sin esforzarme a mi mismo(a).
- ___ 41. Yo me avergüenzo frecuentemente por las acciones de mi familia o amigos.
- ___ 42. Yo admito rápidamente mis errores, deficiencias y fracasos.
- ___ 43. Yo experimento una fuerte necesidad de defender mis acciones, opiniones y creencias.
- ___ 44. Yo tomo los desacuerdos y negativas sin sentirme "por debajo" o rechazado(a)
- ___ 45. Yo tengo una intensa necesidad de confirmación y acuerdo.
- ___ 46. Yo estoy dispuesto(a) a abrirme rápidamente a nuevas ideas y propuestas.
- ___ 47. Yo acostumbro juzgar mi autovalía por comparación personal con los demás.
- ___ 48. Yo soy libre para pensar cualquier pensamiento que viene a mi "mente"
- ___ 49. Yo frecuentemente alardeo acerca de mi mismo(a), mis posesiones y logros.
- ___ 50. Yo acepto mi propia dirección / autoridad y hago las cosas según yo lo considero más adecuado.

Para obtener su nivel de Autoestima;

Suma de ÍTEMS PARES	
Suma de ÍTEMS IMPARES	
DIFERENCIA	

Por ejemplo, si la suma de ítems PARES es 37 y suma de ítems IMPARES 62 = **MENOS 25.**

- ◆ **El margen posible de Nivel de Autoestima es de -75 a +75.**
- ◆ **Cualquier puntuación por debajo de +65 es incapacitante;**
- ◆ **una puntuación de 35 o menos es seriamente incapacitante y,**
- ◆ **Un cero (00) o puntuación negativa (-): Nivel totalmente incapacitante de Autoestima.**

Si su nivel es de +35 o menos, trate de mejorar su Autoestima Recuerde que **Ud. es el único responsable** de aumentarlo. No hay pastillas mágicas ni tampoco una varita mágica que pueda moverla sobre su cabeza y aumentar instantáneamente su Autoestima.

SOLAMENTE USTED PUEDE AUMENTAR SU NIVEL DE AUTOESTIMA POR ESFUERZO CONSCIENTE Y CONSTANTE

Por ejemplo, si Ud. marcó con un 2 ó 3 **la oración:** "Yo estoy muy preocupado(a) acerca de lo que los demás piensan y dicen de mí". Entonces, eso puede significar que esto puede ser un problema para Ud. y requiere trabajar en superar la "inmovilización" que le produce lo que los demás piensen y digan sobre Usted.

INFORME: PLAN DE MEJORA DE ATENCION DEL DEPARTAMENTO DE ANALISIS Y MODIFICACION DEL COMPORTAMIENTO (DAMOC).

I. ANTECEDENTES:

1. DAMOC es el único centro especializado en psicoterapia conductual cognitiva en su área de influencia. Como órgano de línea del Hospital Hermilio Valdizán, contribuye a recuperar y/o mejorar la, Salud Mental y la calidad de vida de los pacientes, a través de la intervención psicoterapéutica basada en el modelo cognitivo-conductual, brindando un servicio caracterizado por la calidez, calidad, equidad y eficiencia.

El Departamento inicia sus actividades el año 1975, en principio como una Unidad de Terapia y Modificación de Conducta. Posteriormente, en 1978, como una consecuencia natural de su desarrollo y crecimiento, se convierte en el Servicio de Terapia y Modificación del Comportamiento (SETEMOC). En el año 1979, debido a la necesidad imperiosa de un ambiente físico que posibilite el trabajo psicoterapéutico, se inaugura el local que, básicamente, es el mismo con el que se cuenta en la actualidad.

2. Tenemos una alta demanda de pacientes que nos son referidos para psicoterapia conductual cognitiva que se refleja en los datos estadísticos de nuestras atenciones.

Años	Pacientes atendidos
2009	7169
2010	8139
2011	8648

3. Para cubrir esa demandas realizamos:
 - Evaluaciones solicitadas por el DSMAG (Consulta externa y Hospitalización) y DSMNA (Consulta externa)
 - Sesiones psicoterapéuticas de los pacientes evaluados.
 - Terapias grupales y talleres.
4. Para atender esa demanda contamos hasta julio 2012 con:
 - Cantidad de personal insuficiente para la alta demanda, **dando lugar a citas espaciadas para la evaluación de pacientes nuevos y de pacientes continuadores.**
 - 01 médico psiquiatra de 03 psiquiatras según el CAP-DAMOC (hay 1 psiquiatra destacado, 1 psiquiatra que renunció)
 - 08 Psicólogos (07 nombrados y 01 CAS)



- Ambientes insuficientes para las psicoterapias: 07 consultorios para 9 terapeutas y otros profesionales rotantes o en pasantía
- Carencia de ambiente adecuado para la realización de talleres y terapias grupales (en proyecto el acondicionamiento de salas de terapia, AGUSTO II). Actualmente contamos con material audiovisual (data show), televisor, 30 sillas de plástico.
- La implementación de 20 sesiones de intervención en las patologías más frecuentes (depresión y ansiedad), según las Guías de tratamiento cognitivo conductual de la ansiedad social y Depresión.

II. ANALISIS DE LA SITUACION ACTUAL:

Cumplimiento de metas: Comparación de pacientes atendidos al 1er Semestre de años anteriores

1er Semestre años	Pacientes atendidos
2009	3240
2010	3425
2011	4200
2012	4104 (planificada: 4350)

- Según la tabla, nuestra cifra de atención está al 90%. No se llegó al 100% por el periodo de vacaciones que generalmente se da se da en el primer semestre. Este porcentaje es similar al del 1er semestre del año anterior que luego se revirtió al finalizar el año.
- Se dispuso la atención de interconsultas (evaluaciones) por todo el personal de staff asistencial. Con esta modalidad **hemos reducido los tiempos de espera** de atención para los pacientes nuevos
- Se solicitó un psicólogo CAS cuya plaza fue cubierta desde agosto del presente, con lo cual **se atenderá la mayor demanda** de los pacientes continuadores.
- Se solicitó un médico psiquiatra CAS cuya plaza fue declarada desierta al no haber postulante.
- Reforzar las terapias grupales para satisfacer la alta demanda.



- Elaboración de guías de atención de pacientes adultos:
 - Guía de tratamiento cognitivo conductual del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)

III. CONCLUSIONES:

- DAMOC está cumpliendo sus metas ejecutadas en función de las metas programadas.
- Tiene personal altamente calificado y con amplia experiencia en el modelo conductual cognitivo y con estudios de Maestría y especializaciones.
- Los trastornos afectivos (depresión en todas sus modalidades) representan un 60 % del total de pacientes que asisten al departamento; El segundo trastorno más frecuente está relacionado a los trastornos de ansiedad con un 35 %.
- En vista que un paciente es visto cada 15 días, se ha reducido las terapias de 20 a 15 sesiones de intervención, para luego pasar al paciente a condición de seguimiento y posterior alta. Esto nos permitirá monitorizar la intervención y posibilidades de realizar estudios de investigación.
- Otros trastornos frecuentes que vemos son: trastorno de la personalidad BorderLine y trastorno de conducta alimentaria, para la cual está en proceso la elaboración de guías de atención de dichos pacientes:
 - Guía de tratamiento cognitivo conductual de los trastornos de conducta alimentaria
 - Guía de tratamiento cognitivo conductual del trastorno de personalidad Borderline



IV. RECOMENDACIONES

- **Pacientes nuevos:** Para evitar la deserción de los pacientes nuevos, mantendremos la atención de interconsultas por todo el personal de staff asistencial. Así reducir los tiempos de espera de dichos pacientes.
- **Pacientes continuadores:** En caso de pacientes continuadores la implementación del contrato terapéutico. Se está dando atención tanto en las mañanas como en las tardes de lunes a sábado.
- **mejoras de ambiente:** Es necesario contar con nuevos ambientes de terapia, para terapias individuales y un ambiente para realizar las terapias de grupos y talleres.
 - En proyecto plan Agosto II, acondicionamiento de 03 salas de terapias de grupos
- **Alta demanda:** Mantener las terapias grupales para satisfacer la alta demanda, así se verá beneficiado un mayor número de pacientes.
- **Personal asistencial:**
 - Reemplazar la plaza del psiquiatra que renunció a nuestro Departamento.
 - Mantener a nuestro psicólogo CAS que ingresó en agosto del presente
- **Reestructurar las Guías de tratamiento** cognitivo conductual a 15 sesiones, con alta de tratamiento y seguimiento posterior.
- **Elaboración y difusión del tríptico** informativo sobre el programa de tratamiento que se brinda.



**HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN
DEPARTAMENTO DE ANALISIS Y MODIFICACION
DEL COMPORTAMIENTO**



**MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y
FUNCIONES**

(MOF)



DAMOC



ANEXO I

DAMOC- HHV

FUNCIONES ESPECÍFICAS DEL PERSONAL DAMOC

FUNCIONES ESPECÍFICAS DEL JEFE DAMOC

- Dirigir planificar, coordinar, evaluar, y controlar las actividades del Departamento en sus diferentes servicios y modalidades.
 - Dirigir y supervisar los programas docentes del Departamento.
 - Planificar, apoyar y/o supervisar los proyectos de investigación que se ejecuten dentro del ámbito de trabajo del Departamento.
 - Cumplir y hacer cumplir los reglamentos y normas vigentes en la Institución, así como en los aspectos éticos que tienen que ver con el tratamiento de los pacientes.
 - Dirigir y participar en la formulación de los programas del Departamento proponiendo, alternativas viables que optimicen los aspectos preventivos y de recuperación de los pacientes.
 - Constituirse en asesor de aquellos programas del hospital que trabajen bajo un enfoque terapéutico cognitivo-conductual.
- Fomentar y apoyar la actualización continua del equipo profesional del Departamento del mismo modo, mantener un nivel óptimo en las diferentes funciones que cumple el Departamento.
- Asumir la responsabilidad de los aspectos administrativos del Departamento en coordinación con la Dirección..
 - Llevar a cabo consultas de evaluación de casos especiales a solicitud de algún miembro del equipo profesional del Departamento.



ANEXO I

DAMOC- HHV

FUNCIONES ESPECÍFICAS DE LOS PSICOLOGOS PSICOTERAPEUTAS

- Realizar el tratamiento y seguimiento de los pacientes derivados al Departamento, informando el progreso de la terapia al coordinador asistencial pertinente.
- Participar en los programas docentes del Departamento, así como en las actividades académicas de actualización continua.
- Participar activamente en los proyectos de investigación, ya sea de manera individual, en equipo o los programados por el Departamento.
- Participar en programas cognitivo-conductuales que se lleven a cabo en otros ámbitos del hospital por convenio con el Departamento y con la asignación de la Jefatura.
- Llevar a cabo sesiones Psicoterapéuticas con los pacientes que ingresen al Departamento.
- Asistir y participar activamente en las reuniones clínicas y/o bibliográficas del Departamento.
- Registrar puntualmente el movimiento de los pacientes adultos y niños bajo su responsabilidad.
- Participar puntualmente en la evaluación de las actividades del Departamento.
- Otros que asigne la Jefatura del Departamento.

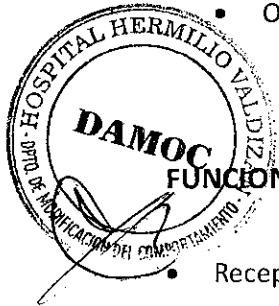


ANEXO I

DAMOC- HHV

FUNCIONES ESPECÍFICAS DE LA SECRETARIA

- Tramitar toda la documentación que llega o sale del Departamento, previa información a la jefatura del Departamento.
- Recepcionar llamadas y dar citas por teléfono.
- Asistir y participar en las reuniones administrativas.
- Organizar y mantener todos los archivos del Departamento conservando el carácter confidencial de los mismos.
- Atender con cortesía al público que acude al Departamento, en especial a los pacientes derivados al Departamento.
- Tomar las provisiones necesarias para el oportuno pedido de los materiales requeridos por el Departamento.
- Registrar diariamente el movimiento de los pacientes derivados al Departamento ya sea evaluaciones o sesiones de terapia.
- Realizar el consolidado trimestral del movimiento asistencial del Departamento.
- Otros que asigne la Jefatura.



FUNCIONES ESPECÍFICAS DE LA TECNICA DE ENFERMERIA

- Recepción y distribución de historias clínicas a consultorios.
 - Recoger historias clínicas de consultorios después de atención y realizar contabilización de las historias para enviar a estadística.
 - Se brinda orientación a pacientes que acuden al servicio.
 - Se lleva historias clínicas nuevas y certificados de salud mental con cargo a estadística.
 - Se da citas a pacientes continuadores.
- Preparación de fólderes: formatos, recetas y partes diarios del médico que utilizan para la atención en consultorio.
- Se lleva historia clínica al servicio de Trabajo social por requerimiento del mismo servicio, con cargo.
- Digitación en la computadora de los pacientes citados, según el médico tratante, fecha y turno.
 - Se solicita al Departamento de Enfermería los formatos que falten en el servicio de emergencia y consulta externa.



HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN
DEPARTAMENTO DE ANALISIS
Y MODIFICACION DEL
COMPORTAMIENTO

DAMOC



DEPARTAMENTO DE ANÁLISIS Y MODIFICACIÓN DEL COMPORTAMIENTO (DAMOC)

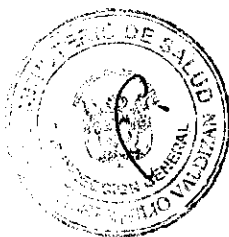
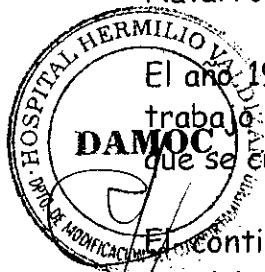
El Departamento de Análisis y Modificación del Comportamiento (DAMOC) es un Órgano de Línea del Hospital Hermilio Valdizán, que contribuye a recuperar y/o mejorar la, Salud Mental y la calidad de vida de los pacientes de su área de influencia, a través de la intervención psicoterapéutica basada en el modelo cognitivo-conductual, brindando un servicio caracterizado por la calidez, calidad, equidad y eficiencia.

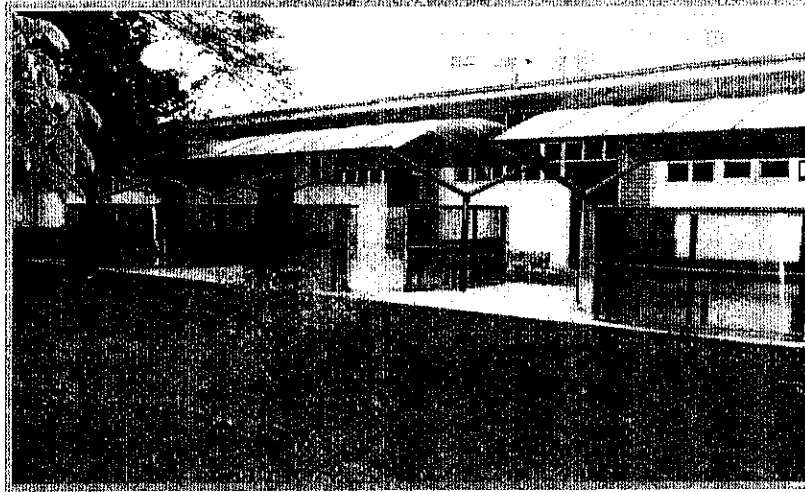
El Departamento inicia sus actividades el año 1975, en principio como una Unidad de Terapia y Modificación de Conducta. Posteriormente, EN 1978, como una consecuencia natural de su desarrollo y crecimiento, se convierte en el Servicio de Terapia y Modificación del Comportamiento (SETEMOC) con los siguientes integrantes: Dr. Rafael Navarro Cueva (Jefe), Ps. María Victoria Arévalo Prieto (Coordinadora General), las Terapeutas Haydeé Aguado Molina, Graciela Andrade Navarro, Gladys Toranzo Pérez, Mercedes Villanueva Merino (+)

El año 1979, debido a la necesidad imperiosa de un ambiente físico que posibilite el trabajo psicoterapéutico, se inaugura el local que, básicamente, es el mismo con el que se cuenta en la actualidad.

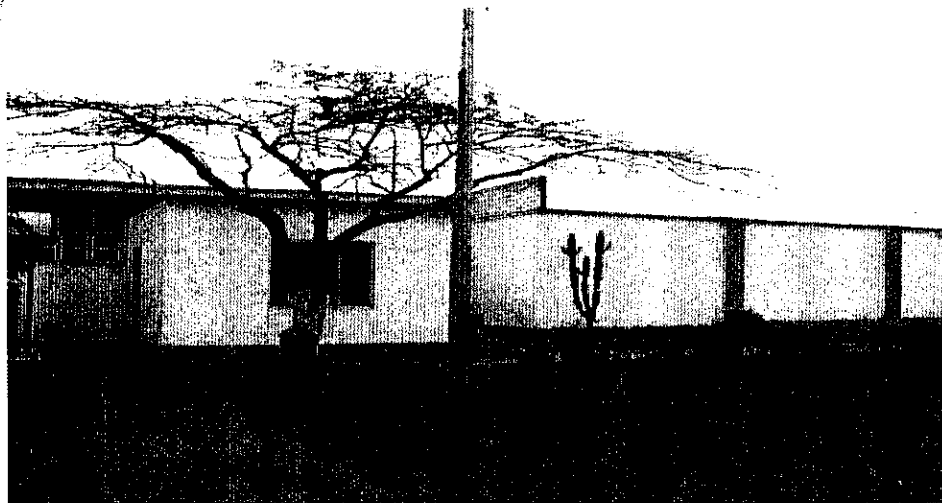
El continuo avance y desarrollo del cada vez más influyente modelo de terapia cognitivo-conductual posibilitó que el año 1985 se implemente el Departamento de Análisis y Modificación del Comportamiento (DAMOC), con una estructura orgánica acorde con sus funciones y aplicaciones. Este mismo año ALAMOC acredita a DAMOC como un Centro de Entrenamiento para profesionales de América Latina.

El desarrollo del modelo de terapia en DAMOC guarda una relativa semejanza con el desarrollo de la Terapia Cognitivo-Conductual más allá de nuestras fronteras. En los primeros trabajos de aplicación clínica tienen preeminencia las técnicas derivadas del condicionamiento operante y del condicionamiento clásico. Más recientemente, desde principios de la década del 80, se introducen cada vez con más fuerza los portes del modelo cognitivo y de los modelos de tercera generación (p.e., Terapia Conductual Dialéctica, Terapia de Aceptación y Compromiso) en la práctica clínica.





DAMOC brinda atención psicoterapéutica a los pacientes adultos, niños y adolescentes que le son derivados. El modelo de Terapia Cognitivo-Conductual que aquí se practica, es una forma de *Psicoterapia* que ha sido científicamente validada en diferentes trastornos psicológicos: Depresión, ansiedad, trastornos alimentarios, abuso de sustancias, trastornos de personalidad, problemas de pareja, problemas emocionales y de conducta en niños y adolescentes. Los pacientes aprenden nuevas habilidades que pueden ser usadas por el resto de sus vidas y que, de una manera general, incluyen la identificación de pensamientos automáticos y distorsionados, modificación de creencias irracionales, regulación de las emociones, relacionarse con otros de una forma más saludable, y cambiar los comportamientos inefectivos.



MISION

"El Departamento de Análisis y Modificación del Comportamiento (DAMOC) departamento final del Hospital Hermilio Valdizán, contribuye a recuperar y/o mejorar la Salud Mental y la calidad de vida de los pacientes de su área de influencia, a través de la intervención psicoterapéutica basada en el modelo conductual cognitivo, brindando un servicio caracterizado por la calidez, calidad, equidad y eficiencia".

VISION

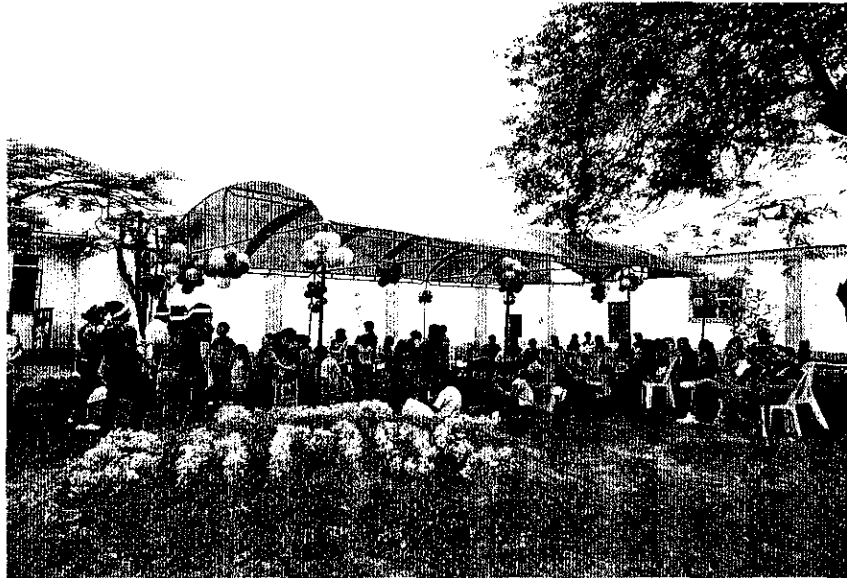
Mantener el liderazgo de la psicoterapia conductual cognitiva a nivel local y nacional, a través del abordaje terapéutico realizado con calidad y eficiencia

OBJETIVOS

- a) Realizar la evaluación conductual-cognitiva a los pacientes adultos, adolescentes y niños para identificar la (s) conducta (s) problema y asignar al terapeuta respectivo.
- b) Elaborar programas de tratamiento en función de las necesidades individuales de cada paciente dentro de un marco de ética terapéutica.
- c) Realizar el tratamiento y seguimiento de los pacientes informando del progreso de la terapia.
- d) Proponer, ejecutar y evaluar los protocolos y procedimientos de atención de salud mental, orientados a brindar un servicio eficiente, eficaz y con calidad.
- e) Asegurar el cumplimiento de las normas de bioseguridad.



- f) Estimular, orientar y monitorear la investigación en el campo de su competencia, así como apoyar la docencia en el marco de los convenios establecidos.
- g) Programar y evaluar las metas de la atención del Departamento para el cumplimiento de los objetivos del Hospital.



**DEPARTAMENTO DE ANÁLISIS Y
MODIFICACIÓN DEL COMPORTAMIENTO
(DAMOC)**

Jefe

Dr. Augusto Mosquera Del Águila

Equipo Profesional

Ps. Alicia Belletti La Rosa
Ps. Paul Brocca Alvarado
Ps. Nancy Chia Silva
Ps. Dina Figueroa Guzmán
Ps. María Luisa Girón Vargas
Ps. Edwin Manrique Gálvez
Ps. Norma Román Aranda
Ps. Zoraida Ybazeta Cabello

Secretaria

Irene Vega Rivera

Técnica de Enfermería

Emilia Cortez Tineo



Aplicaciones de la Terapia Cognitivo-Conductual


DAMOC brinda atención psicoterapéutica a los pacientes con los siguientes problemas clínicos:

- Depresión
- Trastorno Bipolar
- Trastorno Mixto de Ansiedad y Depresión
- Fobia Social
- Ataques de Pánico
- Trastorno Obsesivo-Compulsivo
- Ansiedad Generalizada
- Fobias Específicas
- Trastorno por Estrés Postraumático
- Trastornos Alimentarios
- Trastornos de Personalidad
- Problemas de Parejas/Familiares
- Problemas Emocionales en Niños/Adolescentes
- Problemas de Conducta en Niños/Adolescentes
- Perturbaciones de la Actividad y Atención
- Trastornos Hiperkinéticos

DAMOC también ofrece diversos Talleres y Terapias de Grupo:

- Autoestima
- Habilidades Sociales
- Talleres Para Padres
- Comunicación Efectiva
- Talleres Para Problemas de Atención
- Dependencia Emocional
- Trastorno de Personalidad Borderline
- Trastornos Alimentarios
- Depresión
- Fobia Social
- Control de la Ira




ACTIVIDAD ACADÉMICA
 Presentación de
 Caso Clínico
 Vanessa Díez Canseco Gómez

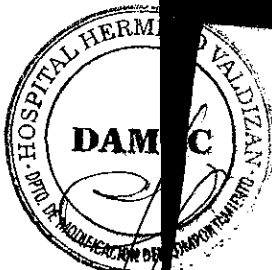
Jueves 12 de Agosto
 10.00 a.m.
 Consultorio 7

Se solicita puntual asistencia

Programación de actividades académicas:

- Presentación de casos clínicos

Como parte del Programa de Internado en Psicología Clínica (área de Terapia Cognitivo-Conductual) y del Programa de Rotación para Residentes de Psiquiatría


 Departamento de Análisis y Modificación del Comportamiento (DAMOC)
ACTIVIDAD ACADÉMICA

- Revisión del Modelo de Historia Clínica Cognitivo-Conductual (Equipo Profesional DAMOC)
- Exposición de 1º Capítulo de Libro Apego en Psicoterapia:
Los Fundamentos de la Teoría del Apego
 Helga Leyva Herrera

Jueves 15 de Abril, 10.00 a.m.
 Consultorio 7

Programación de actividades académicas:

- Revisiones Bibliográficas

Actualización continua en el modelo de Terapia Cognitivo-Conductual, lo que contribuye a una oferta actualizada de estrategias y técnicas de tratamiento empíricamente sustentadas.

INFORME DE GESTION SITUACIONAL DEL DEPARTAMENTO DE ANÁLISIS Y MODIFICACIÓN DEL COMPORTAMIENTO (DAMOC) 2012

OBJETIVOS:

- Lograr modificar comportamientos desadaptativos y estilos de vida no saludables a través de la intervención psicoterapéutica basada en el modelo conductual cognitivo, brindando un servicio caracterizado por la calidez, calidad, equidad y eficiencia
- Realizar atenciones Médico Psiquiátricas concernientes a interconsultas solicitadas por el DSMAG (Consulta externa y Hospitalización) y DSMNA (Consulta externa)
- Realizar Sesiones psicoterapéuticas de los pacientes ingresados a nuestro Departamento.
- Programa de formación de Actividades de docencia tanto para alumnos de pre y post grado

SITUACION ACTUAL:

Personal:

- 1 médico psiquiatra de 3 según el CAP (1 psiquiatra destacado, 1 psiquiatra que renunció)
- 8 Psicólogos (7 nombrados y 1 CAS)
- 1 Secretaria
- 1 Técnica de enfermería

METAS LOGRADAS:



Años	Pacientes atendidos
2009	7169
2010	8139
2011	8648

- Cumplimiento al 100 % de las metas ejecutadas del 2009, 2010 y 2011 en función de las metas programadas.

- Atención de interconsultas por todo el personal de staff asistencial. Con esta modalidad hemos reducido los tiempos de espera de atención para la evaluación de ingreso.



Elaboración de guías de atención de pacientes adultos:

- Guía de tratamiento cognitivo conductual del Trastorno de Ansiedad generalizada (TAG)
 - Actualización de las Guía de tratamiento cognitivo conductual de la ansiedad social y Depresión
- Elaboración de una historia clínica (adultos y niños) con énfasis en el modelo de intervención conductual cognitiva.
 - La implementación de 20 sesiones de intervención en las patologías donde realizaremos nuestra intervención psicoterapéutica para luego pasar al



paciente a condición de seguimiento. Esto nos permitirá monitorizar la intervención y posibilidades de realizar estudios de investigación.

- Mantener el liderazgo en la formación en psicoterapia cognitiva conductual a nivel local y nacional.
 - Habiéndose capacitado 4 estudiantes dentro del Programa de Internado de Psicología.
 - Continuándose con la capacitación de los médicos residentes de las diferentes universidades.
- Se han realizado talleres en adultos y niños bajo metodología de investigación cuyos resultados están en proceso de elaboración.
- Posicionamiento como un centro de capacitación intra y extrainstitucional:
 - Se ha realizado el curso "*Innovaciones en el Abordaje Cognitivo-Conductual de los Problemas Emocionales*", con concurrencia masiva de más de 150 personas.
 - Apoyo del personal de nuestro departamento en los diferentes eventos académicos y administrativos de nuestra institución.
- Elaboración y difusión del tríptico informativo sobre el programa de tratamiento que se brinda.

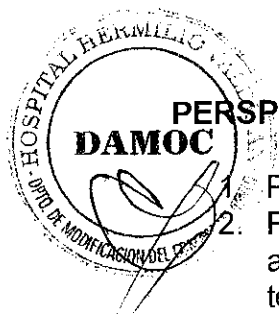
PATOLOGIAS MAS FRECUENTES: de los trastornos y diagnósticos más frecuentes que son registrados en la estadística se observa que:



- Los trastornos afectivos representan un 60 % del total de pacientes que asisten al departamento (depresión en todas sus modalidades)

El segundo trastorno más frecuente está relacionado a los trastornos de ansiedad con un 35 % del total de pacientes que asisten al departamento.

- Otros trastornos representan el 5% del total de pacientes que asisten a al departamento.



PERSPECTIVAS:

1. Posicionamiento como un centro de capacitación intra y extrainstitucional.
2. Para continuar con la atención de la alta demanda se requiere contar nuevos ambientes, acondicionamiento de un consultorio y aun ambiente para realizar las terapias de grupos y talleres.
3. Mantener las terapias grupales para satisfacer la alta demanda así como contar con un psicólogo
4. Elaboración de guías de atención de pacientes adultos:
 - Guía de tratamiento cognitivo conductual de los trastornos de conducta alimentaria
 - Guía de tratamiento cognitivo conductual del trastorno de personalidad borderline



HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN
DEPARTAMENTO DE ANALISIS Y MODIFICACION
DEL COMPORTAMIENTO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
(MAPRO)



DAMOC



Proceso: Proceso de Protección , Recuperación y Rehabilitación de la Salud

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO :	Sesiones Psicoterapéuticas con enfoque Cognitivo Conductual, Terapia Conductual cognitiva	FECHA :	15 /03/2012
		CÓDIGO:	DAMOC

PROPÓSITO:	Lograr modificar comportamientos desadaptativos y estilos de vida no saludables a través de la intervención psicoterapéutica basada en el modelo conductual cognitivo, teniendo como principales usuarios a pacientes con depresión, ansiedad, trastornos obsesivos, trastornos de conducta alimentaria, trastornos de personalidad, psicosis compensadas, problemas emocionales y de conducta en niños, adolescentes y adultos.
ALCANCE:	Departamento de Salud Mental del Adulto y Geronte – Consulta Externa / hospitalización Departamento de Salud Mental de niños y adolescentes– Consulta Externa.
MARCO LEGAL:	<ul style="list-style-type: none"> - Ley N° 27657 - Ley del Ministerio de Salud. - Ley N° 27658 - Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado - Decreto Legislativo N° 276 - Ley de Bases de la Carrera Administrativa y de Remuneraciones del Sector Público. - Decreto Supremo N° 013-2002-SA. – Aprueba el Reglamento de la Ley N° 27657- Ley del Ministerio de Salud. - Decreto Supremo N° 005-90-PCM – Reglamento de la Ley de Carrera Administrativa. - Resolución Ministerial N° 371-2003-SA/DM – Aprueba la Directiva N° 007-MINSA/OGPE- V.01: "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" - Resolución Ministerial N° 616-2003-SA/DM – Aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales - Resolución Ministerial N° 797-2003-SA/ DM que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Hermilio Valdizán." del 09-07-2003. - Resolución Ministerial N°797-2003/ que aprueba el Cuadro de Asignación de Personal del Hospital "Hermilio Valdizán" del 09-07-2003. - Decreto Supremo N° 023-2005- SA que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud

ÍNDICES DE PERFORMANCE			
INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
✓ Número de pacientes Ingresados a Sesiones Psicoterapéuticas.	✓ Pacientes	✓ Registro de pacientes atendidos en DAMOC.	✓ DAMOC
✓ Total de sesiones de Terapia conductual cognitiva.	✓ Sesiones	✓ Registro de ATENCIONES en DAMOC.	✓ DAMOC

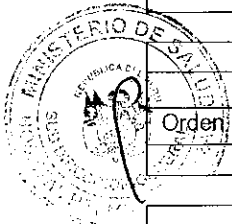


NORMAS

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS

INICIO

1. Recepción de la ficha de derivación de pacientes de consulta y verificación de requisitos para su ingreso al DAMOC (02 Consultas de evaluación psiquiátrica, e informe de examen psicológico)
2. Dar la cita para evaluación
3. Evaluación inicial para identificar el problema o los problemas del paciente
4. Asignación del paciente para terapia individual o grupal donde se establecerán los objetivos del tratamiento
5. Se coordinan las citas haciendo hincapié en la puntualidad. En caso el paciente / terapeuta no asista se avisará oportunamente cambiando la cita para otra fecha.
6. La psicoterapia individual se programará a 20 sesiones, con una duración entre 45 minutos a una hora.
7. La psicoterapia grupal, con 8 a 10 pacientes, se programa de 8 a 10 sesiones, con una duración entre 2.30 a 3 horas, 1 vez por semana.
8. Si el paciente no asiste a 3 consultas sucesivas, sin justificación, se dará alta administrativa.
9. Después de completado las 20 sesiones, si el paciente alcanzó mejoría clínica de los síntomas se dará de alta clínica pasando a seguimiento y posterior contra referencia al departamento de origen
10. Si el paciente después de completado las 20 sesiones, no alcanzó mejoría clínica de síntomas se reevaluará el caso asignando a otro terapeuta.



ENTRADAS			
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Orden de Medico Tratante	Medico tratante en Consulta Externa	Diario	Manual

SALIDAS			
NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Evaluación y/o sesiones psicoterapéuticas conductual cognitiva	Medico Tratante en Consulta Externa	Diario	Manual



DEFINICIONES : **Psicoterapia conductual cognitiva:** forma de psicoterapia donde los pacientes adquieren nuevas habilidades, modificando sus creencias irracionales, pensamientos distorsionados así como las conductas problemáticas, que le permitirán regular sus emociones y relacionarse con otros de una forma más saludable.

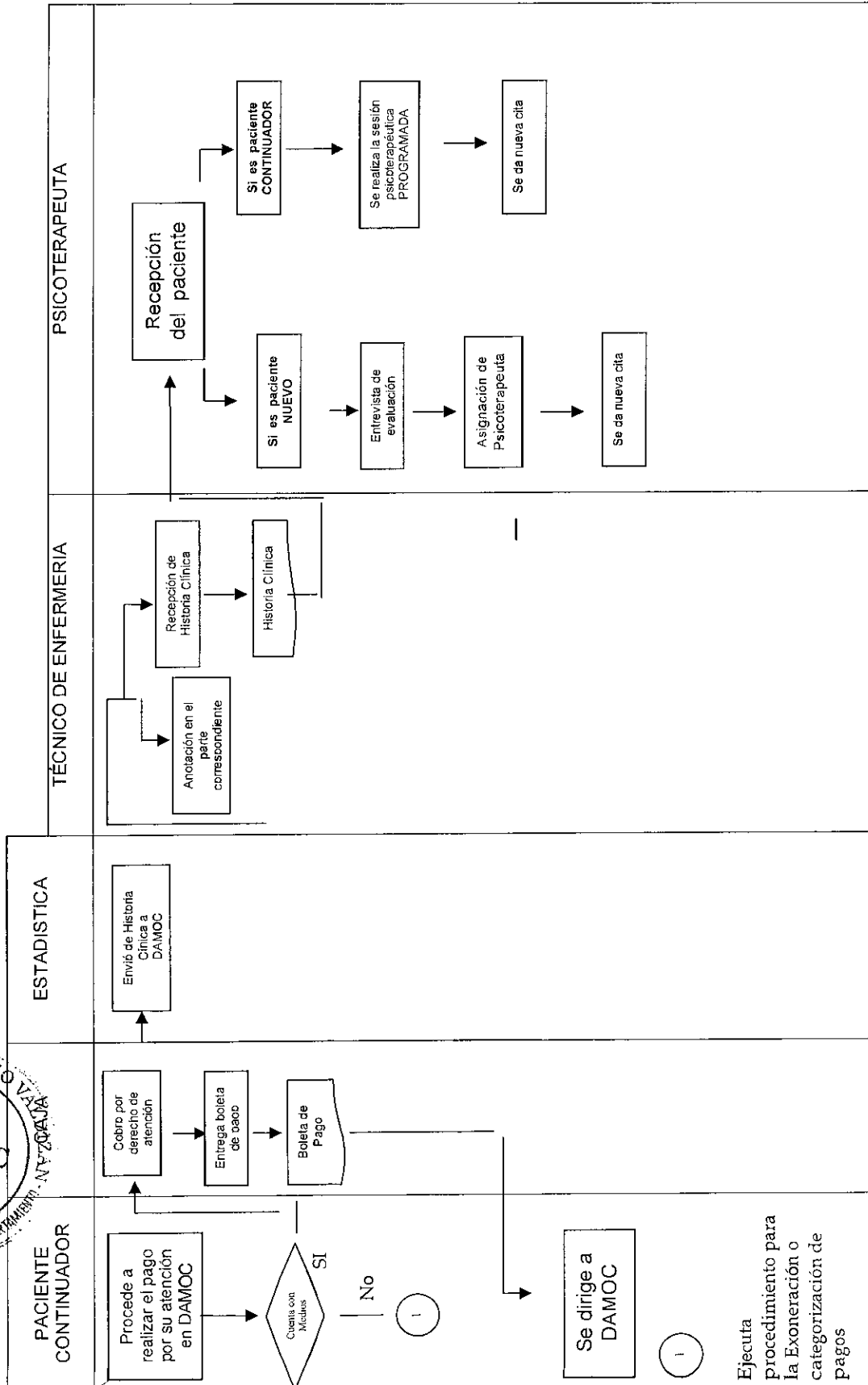
REGISTROS : Pautas a tener en cuenta a ser atendido en DAMOC.

ANEXOS : Flujo grama





SESIONES PSICOTERAPÉUTICAS CON ENFOQUE CONDUCTUAL COGNITIVO.



**HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN
DPTO. DE ANALISIS Y MODIFICACION DEL
COMPORTAMIENTO**

**GUIA DE TRATAMIENTO COGNITIVO
CONDUCTUAL
DE LA DEPRESIÓN**



DAMOC- 2012





Resolución Directoral

Santa Anita, 23 de Agosto del 2012.

Visto el Expediente 12 MP-010673-00 y Memorando Nº 138-SDG-HHV-12; sobre aprobación de 1) Guía de Tratamiento Cognitivo Conductual del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) 2) Guía de Tratamiento Cognitivo Conductual de la Depresión y 3) Guía de Tratamiento Cognitivo Conductual de la Fobia Social del Departamento de Análisis y Modificación del Comportamiento (DAMOC), del Hospital Hermilio Valdizán;

CONSIDERANDO:

Que, la Ley Nº 26842 – Ley General de Salud, establece que la protección de la salud es de interés público y por tanto es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, mediante Memorando Nº 109-DAMOC-HHV-2012, de fecha 10 de Julio del 2012, el Jefe del Departamento de Análisis y Modificación del Comportamiento, remite las respectivas Guías de Tratamiento Cognitivo Conductual a la Dirección Adjunta del Hospital para su revisión y aprobación mediante la respectiva resolución;

Que, el Departamento de Análisis y Modificación del Comportamiento (DAMOC), es la unidad orgánica encargada de prestar atención a pacientes en base a técnicas conductuales – cognitivas, teniendo como objetivo realizar la evaluación conductual - cognitiva a los pacientes adultos, adolescentes y niños para identificar la(s) conducta(s) problemas y asignar al terapeuta respectivo; elaborar programas de tratamiento en función de las necesidades individuales de cada paciente dentro de un marco de ética terapéutica, entre otros;

Que, según lo expuesto se hace necesario aprobar las Guías de Tratamiento Cognitivo Conductual, que permitirá establecer las técnicas de relajación, técnicas de exposición, entrenamiento asertivo y terapia cognitiva en los trastornos de Ansiedad Generalizada, depresión y Fobia Social; para cuyo efecto es pertinente expedir el respectivo acto resolutorio;

En uso de las facultades conferidas por el artículo 11º inc. c) del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Hermilio Valdizán", aprobado por R.M. Nº 797-2003-SA/DM; y, contando con la visación del Jefe del Departamento de Análisis y Modificación del Comportamiento y de la Dirección Adjunta;

SE RESUELVE:

Artículo Primero.- APROBAR las Guías de Tratamiento Cognitivo Conductual del Hospital Hermilio Valdizán, que se mencionan:

- Guía de Tratamiento Cognitivo Conductual del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)
- Guía de Tratamiento Cognitivo Conductual de la Depresión
- Guía de Tratamiento Cognitivo Conductual de la Fobia Social

Artículo Segundo.- El Jefe del Departamento de Análisis y Modificación del Comportamiento, será el responsable de la difusión e implementación de las referidas Guías de Tratamiento Cognitivo Conductual.

Artículo Tercero.- Las Guías aprobadas con la presente Resolución serán publicadas en la Página Web del Hospital Hermilio Valdizán

Regístrese y Comuníquese,



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN
Dr. RAFAEL NAVARRO CORTES
Director

GUIA DE TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL

DE LA DEPRESIÓN

1. NOMBRE Y CODIGO: EPISODIOS DEPRESIVOS

EPISODIO DEPRESIVO LEVE (F 32.0, CIE10, OMS)

EPISODIO DEPRESIVO MODERADO (F 32.1, CIE10, OMS)

EPISODIO DEPRESIVO GRAVE sin síntomas psicóticos (F 32.2, CIE10, OMS)

2. DEFINICIÓN DE LA DEPRESION

La depresión se caracteriza por un estado de ánimo disfórico y triste, con una marcada dificultad para experimentar placer en la mayoría de las actividades cotidianas. La persona pierde el interés de manera generalizada, siente escasa motivación incluso para efectuar conductas que en otras ocasiones fueron agradables. Son muy comunes los sentimientos de culpa e inutilidad, con un marcado pesimismo hacia el futuro. El cuadro se acompaña habitualmente de trastornos del sueño, cambios en el apetito y dificultades para concentrarse. Muy típicamente, la persona abandona sus tareas más cotidianas o las efectúa con mucha dificultad. Así, puede dejar de estudiar, trabajar o simplemente no ver más a sus amigos y familiares. De modo general, el cuadro se caracteriza por una merma de la actividad, acompañada de un profundo sentimiento de malestar.

3. MODELOS EXPLICATIVOS

- **Factores Biológicos-** Alteraciones en la fisiología de la serotonina, noradrenalina y dopamina.

- **Las teorías conductuales:** Destacan el papel de la pérdida de reforzadores asociados a la pérdida de la persona o eventos crónicos, produciendo un proceso de extinción (Fester, 1966, 1973) y/o la incapacidad del sujeto para generar nuevas fuentes de relaciones gratificantes tras la pérdida o estrés crónico, debido a un déficit en sus habilidades sociales (Lewinshon, 1977; 1985).

- **Las teorías cognitivas:**

Aaron Beck, propone una organización estructural del pensamiento depresivo, en cuyo núcleo, las creencias y esquemas, operarían distorsionadamente, conduciendo por consecuencia a otro conjunto de desajustes en el resto del sistema. Así, **Beck** ha propuesto a la tríada cognitiva como el esquema central de la **depresión**, ella consiste en una visión negativa de uno mismo, del entorno y del futuro. Desde allí, la persona cometería errores cognitivos que redundarían en los pensamientos automáticos negativos tan característicos del paciente



deprimido. En pocas palabras, **Beck** postula una suerte de filtro o plantilla mental distorsionada con la cual la persona percibe y categoriza su medio. Naturalmente, el modelo ha redundado en diseños técnicos muy aceptados. La terapia cognitiva es de hecho un programa de tratamiento, manualizado y cuya eficacia se ha establecido en ensayos empíricos controlados

- **Las teorías que destacan el papel de los significados personales implicados en la pérdida o evento crónicos:**
- **Seligman y Abramson (1978)** destacan la sensación del sujeto de sentirse indefenso por sus atribuciones de incapacidad de manejar su situación.
- Otros autores como **Rehm (1979)** hablan de un déficit en el autocontrol del sujeto en tres planos: autoobservación (distorsiona su experiencia), autoevaluación (se valora en función de sus errores mas que de sus aciertos) y autorefuerto (se gratifica escasamente a sí mismo por sus logros).
- **Las teorías constructivistas: Guidano (1994)** habla de organización del significado personal de tipo depresivo en función de como el sujeto se explica en el ámbito consciente el flujo de su experiencia emocional.
- El sujeto depresivo habría sido expuesto a experiencias tempranas de su vida donde habría experimentado pérdidas reales o falta de atención o afecto por parte de los otros significativos. El evento desencadenante actual reactualizaría tales pérdidas. Además habría desarrollado una serie de defensas contra esas experiencias de pérdida consistente en excluir de su conciencia la expresión de ira frente a las personas que le han generado la pérdida o falta de afecto, y evitaría el apego a otros para no reactivar la pérdida. A nivel emocional experimentaría la experiencia de la pérdida, rechazos y fracasos excluyendo la ira de su conciencia, y a nivel consciente de autoexplicación de su estado emocional mantendría una atribución

4.- CUADRO CLINICO SEGÚN EL MODELO COGNITIVO-CONDUCTUAL.

Grupos de signos y síntomas relacionados con la patología.

- **Afectivos:** *Tristeza, sentimientos de culpa, cólera vergüenza, frustración e impotencia, desesperanza, dependencia y ansiedad.*
- **Fisiológicos:** *Alteraciones del sueño, Alteraciones sexuales y del apetito*
- **Cognitivos:** *Indecisión, percibir los problemas como abrumadores e insuperables, Autocrítica, problemas de memoria y concentración, Ideación suicida, creencias disfuncionales, pensamientos automáticos negativos, atribuciones internas, estables y globales, atención selectiva a los hechos negativos, criterios estrictos para la autoevaluación, déficit en el autorrefuerzo verbal.*
- **Conductuales:** *Periodos de llanto incontrolable, pasividad, evitación e inercia, dificultades para el manejo social, déficit en conductas sociales, conducta de*



aislamiento social, excesiva verbalización de quejas y problemas, déficit en actividades gratificantes, déficit en conductas de solución de problemas

5.- EVALUACION

La evaluación de la depresión conlleva la realización de una historia clínica general, el análisis funcional y la evaluación diagnóstica correspondientes (p.e criterios DSM-IV-R). Aquí nos vamos a remitir a los cuestionarios más utilizados en la evaluación de la depresión por los terapeutas conductual-cognitivos. La finalidad de estos cuestionarios es recoger información de los síntomas con sus respectivos parámetros de la(s) conducta(s) identificadas (p.e intensidad, frecuencia), distorsiones cognitivas y supuestos personales, que permitan al terapeuta elaborar una hipótesis general del caso. Los instrumentos de medición más usados son:

1. Entrevista
2. Autoinformes
3. Autoregistros
Fecha Situación ¿Qué pensé? ¿Qué sentí? ¿Qué hice? ¿Y luego?
4. Escalas e inventarios

Escalas y/o Inventarios:

- a) Inventario para la valoración de la depresión (B.D.I):** Es un inventario de 21 items referente a distintos síntomas depresivos (con relevancia de los cognitivos) que puede ser aplicada por el terapeuta o el paciente. La puntuación global permite al terapeuta estimar la intensidad de la depresión; y el análisis de los items, detectar los síntomas más frecuentes o formular hipótesis sobre su base cognitiva. Este inventario se suele usar al inicio de cada sesión para conocer la evolución de la intensidad del trastorno. (BDI: Inventario de depresión de Beck, Beck, 1978).
- b) Escala de Actitudes Disfuncionales de Weissman y Beck (1978):** Consta de 35 items que representan 7 creencias disfuncionales. El sujeto valora el grado de acuerdo con los items. Da una idea de cuales creencias o supuestos pueden ser predominantes en el sujeto.
- c) Escala de Desesperanza (Beck, Weissman, Lester y Trexler, 1974):** Consta de 20 items. El sujeto valora si aplicados a él son verdaderos o falsos. Permite evaluar el grado de desesperanza, es decir la actitud del sujeto hacia las expectativas futuras; uno de los tres componentes de la triada cognitiva.
- d) Escala de pensamientos suicidas (Beck, 1978):** Consta de 23 items que permiten al terapeuta valorar la actitud suicida del paciente.
- e) Escala de Depresión de Hamilton:** Esta escala posee un uso extenso y frecuente tanto para el manejo clínico como para investigación sintomatológica o de terapia antidepresiva. Su contenido se centra fundamentalmente en los aspectos somáticos



y comportamentales de la depresión, siendo los síntomas vegetativos, cognitivos y de ansiedad los que más peso tienen en el cómputo total de la escala.

Es calificada por el entrevistador, para su uso requiere que se tenga una experiencia psicopatología previa.

f) **Escala de Dominio y Agrado:** El paciente valora el dominio logrado en las actividades programadas, así como el placer logrado con su realización (ej. escalas de 0-5). Esto puede permitir al terapeuta reprogramar actividades con el paciente, de modo que aumente su dominio o agrado, o corregir distorsiones cognitivas.

g) **Cuestionario de pensamientos automáticos:**

- Registro de opiniones
- Inventario de Autoestima de Navas
- escala de Asertividad de Rathus

6.- INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA:

6.1.-Metodología:

- Nº de sesiones: 20
- Frecuencia: 1 vez a la semana
- Tiempo de Sesión: 45 minutos - 1 hora.
- Duración: 5 meses de intervención, más 3 sesiones de seguimiento

6.2.-Objetivos.

1. **Modificación de los síntomas.** Consiste en tratar los componentes cognitivos, afectivos, motivacionales, conductuales y fisiológicos que conforman el síndrome, en función de la intensidad de la conducta problema, el terapeuta inicia su abordaje.
2. **Detección y modificación de los pensamientos automáticos,** de las distorsiones cognitivas, supuestos personales, y modificación de los mismos.
3. **Modificación del repertorio conductual –disfuncional** y adquisición de conductas más adaptativas que permitan un mejor afronte a las situaciones problemáticas.

6.3.-Procedimientos.-

Se utilizará un diseño de caso único: **tipo A-B-A'**, típico de intervenciones en Psicología Clínica, donde **A** es una fase de evaluación y/o línea base, **B** es la estrategia de intervención (aplicación de técnicas cognitivo-conductuales) y **A'** es un post-evaluación y seguimiento.

PROCESOS DE INTERVENCIÓN:



SESIÓN Nº 1:

- Motivación para el tratamiento y establecimiento de una sólida relación terapéutica.
- Desarrollo de la historia clínica (Motivo de consulta: explorar los síntomas de la depresión)
- Aplicación de Cuestionarios según la necesidad del caso (BDI, Hamilton, Desesperanza y pensamientos suicidas)

SESIÓN Nº 2 :

- Desarrollo de la historia clínica (Evolución cronológica de los síntomas).
- Explicar proceso de la terapia: precisar los objetivos y las técnicas a utilizar. Orientar al paciente en la forma de trabajar durante el tratamiento y determinar las áreas problema.
- Tareas para la casa: Aplicación de Cuestionarios (Escala de Dominio y Agrado, Cuestionario de pensamientos automáticos, Registro de opiniones)

SESIÓN Nº 3 :

- Finalizar la historia clínica (Historia Personal)
- Una vez revisado el motivo de consulta y el curso del trastorno hasta el momento, se explican los fundamentos del tratamiento, los objetivos, la duración y cómo se prevé que será el curso del trastorno.
- Establecimiento del contrato conductual formalizar un contrato terapéutico poniendo énfasis en el papel que se espera del paciente en el curso de la terapia.



SESIÓN Nº 4 :

- Ayudar al paciente a identificar los componentes de su depresión. Y explicación de los factores que generan la depresión.
- Explicación de la importancia del uso de técnicas conductuales basadas en la programación gradual de actividades placenteras y sociales.
- Explicación de la importancia de la relajación: respiración abdominal.
- Explicación al paciente sobre el uso de los autoregistros.
- Tareas para la casa: Elaboración de un plan de compromiso de desarrollo de actividades placenteras.

SESIÓN Nº 5:

- Elaboración y discusión con el paciente, del análisis funcional de las conductas problemas identificadas.
- Revisión de tareas: actividades realizadas.
- Iniciar la relajación muscular progresiva (1º Sesión)



- Tareas para la casa: Registro de pensamientos automáticos de depresión con columnas de izquierda a derecha de: situaciones, pensamientos, emociones, mantenimientos de actividades agradables. Practicar la relajación

SESIÓN Nº 6:

- Revisión de tareas: El terapeuta guiará al paciente en el aprendizaje e identificación de las distorsiones cognitivas que presenta. La misma que le permitirá comprender las consecuencias negativas que genera en sus conductas.
- Continuar con la aplicación de la relajación muscular progresiva (2º Sesión)
- Tareas para la casa: -Registro de auto-monitoreo de pensamientos distorsionados. Practicar la relajación

SESION No 7:

- Revisión de tareas: discutir las distorsiones que el paciente identificó.
- Continuar con la aplicación de la relajación muscular progresiva (3º Sesión)
- Tareas para la casa: (Registros de pensamientos distorsionados, mantenimientos de actividades agradables)
- Biblioterapia: Lectura sobre distorsiones cognitivas.



SESIÓN Nº 8 :

- Revisión de tareas
- Continuar con la aplicación de la relajación (4º Sesión)
- Discutir las distorsiones cognitivas que se identifican en el paciente
- Aprender a cuestionarse y reestructurarse frente a sus eventos desencadenantes de la perturbación.
- Tarea para la casa: Registro de pensamientos, tres columnas.

SESIÓN Nº 9 :

- Revisión de registros aplicativos.
- Aprender a trabajar la aserción encubierta y el bloqueo de pensamiento frente a sus eventos desencadenantes de la perturbación.
- Tarea para la casa: Aplicación de la técnica y evaluar sus efectos.

SESION Nº 10:

- Explicar al paciente sobre la relación entre conducta, pensamiento y emoción - identificar las creencias y el aprendizaje: Uso de la técnica de Terapia Racional Emotiva (TREC)
- Tarea para la casa: Realizar el registro del ABC.



SESIÓN N° 11:

- Revisión de tareas: analizar el registro del ABC
- Trabajar sobre la emoción(es) perturbadora(es) que presente el paciente mediante la TREC
- Modificación de las creencias irracionales identificadas.
- Registro A-B-C-D-E.

SESIÓN N° 12:

- Revisión de tareas: analizar su registro del ABC
- Continuar trabajando sobre la emoción(es) perturbadora(es) que presente el paciente y la reestructuración de la creencia irracional.
- Tareas para la casa: Aplicación de ensayos conductuales para el cambio de creencias

SESION N° 13:

- Revisión de tareas: analizar su registro del ABC
- Continuar trabajando sobre la emoción(es) perturbadora(es) que presente el paciente y la reestructuración de la creencia irracional.
- Explicar al paciente sobre las habilidades sociales, su importancia y aplicación a través del Ensayo Conductual: desarrollo de la asertividad.



SESIÓN N° 14:

- Evaluar el nivel de actividades en que se encuentra el paciente.
- Identificación y explicación del aprendizaje de los esquemas que explican sus distorsiones cognitivas.
- Ensayo en el consultorio: desarrollo de la asertividad.
- Evaluar la dinámica familiar y los estilos de comunicación que se generan entre los miembros de la familia, identificando los efectos.
- Biblioterapia: Lectura sobre habilidades sociales.

SESIÓN N° 15:

- Evaluar el nivel de actividades en el que se desempeña el paciente.
- Evaluar y monitorear la aplicación de la reestructuración de pensamientos en las situaciones que se expone cotidianamente el paciente.
- Psicoeducación sobre la técnica de autoinstrucciones.
- Ensayo en el consultorio: Cambiar las autocríticas vs las autoinstrucciones positivas.

SESIÓN N° 16:

- Evaluar y monitorear la aplicación de la reestructuración de pensamientos en las situaciones que se expone cotidianamente el paciente.



- Resaltar las autoafirmaciones positivas de desempeño y autoevaluación y la importancia en el desarrollo de la autoestima.
- Se trabajará la escalera de la autoestima.
- Biblioterapia: Lectura sobre el desarrollo de la autoestima.

SESION N° 17:

- Continuar monitoreando las actividades que realiza el paciente.
- Reforzar y resaltar sus cambios y logros, proponiendo nuevas actividades.
- Seguir monitoreando la aplicación de la reestructuración de distorsiones y creencias erróneas ante situaciones que se expone el paciente.
- Explicación y desarrollo de estrategias de solución de problemas.

SESION N° 18:

- Seguir reforzando y resaltando los afrontes adaptativos y la auto evaluación de ellas.
- Reforzar la aplicación de técnicas de reestructuración cognitiva en las situaciones que se expone el paciente, enfatizando la importancia de *la generalización* de éstas en sus actividades cotidianas.
- Desarrollo de estrategias de solución de problemas ante dificultades que enfrenta.



SESION N° 19:

- Mantenimiento de la sesión anterior y generación de nuevas situaciones donde siga poniendo en práctica sus habilidades de afrontamiento.
- Retroalimentación de afrontes adecuados.
- Tareas para la casa: Autoevaluación, autoreforzo en las actividades programadas.

SESION N° 20

- Reforzamiento y mantenimiento de la aplicación de estrategias de afronte en las diversas situaciones de desenvolvimiento.
- Retroalimentación de afrontes adecuados.
- Inducción a la fase de seguimiento.

FASE DE SEGUIMIENTO:

- Sesión N° 21 (Mensual).
- Sesión N° 22 (Trimestral).
- Sesión N° 23 (Semestral o Anual).



ANEXOS: TECNICAS UTILIZADAS

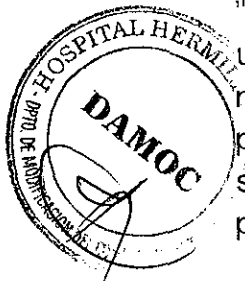
La efectividad de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) para el tratamiento de la depresión se halla más que documentada. Los ensayos controlados no sólo han mostrado que el cuadro remite con TCC sino que la tasa de efectividad supera incluso a la de la farmacoterapia en algunos casos. En relación con ello, valdría la pena señalar que los resultados de las investigaciones arrojan como conclusión general que la TCC es la opción más recomendada en depresiones leves y moderadas; no obstante, cuando de depresiones graves se trata, lo más eficaz ha resultado de un abordaje psicofarmacológico, esto es, la combinación de terapia farmacológica con tratamiento psicológico.

Si bien se trata de un cuadro complejo, la investigación científica ha progresado lo suficiente como para ofrecer a las personas con depresión tratamientos psicológicos eficaces. Más allá de los gustos y preferencias personales, compete a la responsabilidad profesional el conocerlos y aplicarlos.

TÉCNICAS CONDUCTUALES:

Beck (1979, 1985) indica que en las primeras fases de la terapia cognitiva y, en especial con los pacientes más deprimidos, suele ser necesario que se establezca el nivel de funcionamiento que tenía el paciente antes de la depresión. El bajo nivel de actividad se relaciona con la autovaloración del paciente ("Inútil", "Incapaz"..) y con el estado de ánimo depresivo. Las técnicas conductuales utilizadas en la C.T tienen una doble finalidad: (1º) Producir un incremento en el nivel de actividad, modificando la apatía, pasividad y falta de gratificación del paciente y (2º) facilitar la evaluación empírica de sus pensamientos automáticos y significados asociados (incompetencia, inutilidad, incontrolabilidad). Las principales técnicas conductuales utilizadas en el abordaje de la depresión son:

1. **ASIGNACIÓN GRADUAL DE TAREAS:** El terapeuta contrarresta la creencias del paciente que sabotean su nivel de funcionamiento. Ej. "¿Podríamos comprobar tu creencia de que eres incapaz de...?". Para ello, con el paciente, se establecen objetivos-tareas graduales, adecuándolas al nivel de funcionamiento del paciente e incrementando de modo creciente su dificultad, a medida que progresa con ellas. Esto permite al paciente aumentar sus expectativas de autoeficacia (Bandura, 1976).
2. **ENSAYO COGNITIVO:** A veces, el paciente necesita como paso previo a la realización de una tarea, el ser capaz de verse afrontándolas. Se puede ensayar con el paciente, imaginativamente, los pasos implicados en una tarea. Eso puede permitir al paciente descatastrofizar o desdramatizar tareas percibidas como muy dificultosas.
3. **PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES DIARIAS:** El terapeuta y el paciente programan tareas diarias que pueden posibilitar el aumento de gratificaciones (refuerzos) para el paciente; o como tareas distractoras de momentos de malestar (p.e ejerciendo un control de estímulos predecibles y negativos).

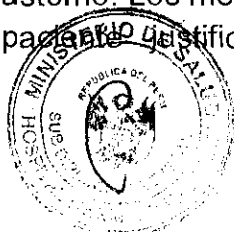


4. **TÉCNICA DEL DOMINIO Y AGRADO:** El paciente valora el dominio logrado en las actividades programadas, así como el placer logrado con su realización (p.e escalas de 0-5). Esto puede permitir al terapeuta reprogramar actividades con el paciente, de modo que aumente su dominio o agrado, o corregir distorsiones cognitivas a la base (p.e maximización de tareas no dominadas o desagradables y minimización de tareas agradables y dominadas).
5. **EJECUCIÓN DE ROLES:** Mediante el modelado y la inversión de papeles, el terapeuta puede generar puntos de vista alternativos a las cogniciones disfuncionales y habilidades de resolución de problemas.
6. **ENTRENAMIENTO ASERTIVO:** Algunos pacientes depresivos, debido a sus creencias disfuncionales, suelen inhibir sus conductas de defensa de sus derechos personales o sus expresiones de deseos y opiniones personales. El terapeuta puede presentar esos "derechos", pedir la opinión del paciente sobre si los lleva a cabo, valorar las ventajas de hacerlo, y el modo de llevarlo a cabo.

TÉCNICAS COGNITIVAS:



1. **RECOGIDA DE LOS PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS:** El terapeuta explica al paciente el autorregistro (normalmente se compone de tres partes: situación-pensamiento-estado emocional; a veces se añade también el elemento conductual cuando este componente es relevante). También explica la relación pensamiento-afecto-conducta y la importancia de detectar los pensamientos automáticos. Indica al paciente hacerlo en los momentos de perturbación emocional, y muestra como hacerlo .
2. **TÉCNICA DE LA TRIPLE COLUMNA:** Sobre el autorregistro el paciente aprende a cuestionar la evidencia que tiene para mantener un determinado pensamiento automático y a generar interpretaciones más realistas o útiles. Para ello se suele llevar un autorregistro con tres columnas: en la primera anota la situación desencadenante del sentimiento desagradable, en la segunda los pensamientos automáticos relacionados con esa situación y esas emociones negativas, y en la tercera pensamientos alternativos tras valorar las evidencias para los pensamientos automáticos anteriores.
3. **IDENTIFICACIÓN DE LOS SUPUESTOS PERSONALES:** Durante la entrevista con el paciente o la revisión de los autorregistros el terapeuta puede elaborar hipótesis acerca de los Supuestos personales subyacentes al trastorno. Los medios mas frecuentemente usados son el escuchar como el paciente justifica su creencia en un determinado pensamientos



automático (p.e "¿Por qué razón cree eso?") o escuchando su respuesta a la importancia dada a un hecho (p.e "¿Por qué es eso tan importante para usted?

4. **COMPROBAR LA VALIDEZ DE LOS SUPUESTOS PERSONALES:** El terapeuta diseña con el paciente tareas conductuales, a modo de "experimentos personales, dirigidas a comprobar el grado de validez de los supuestos personales. Por ejemplo, con la paciente referida en el apartado anterior se podría comprobar si ella puede ser feliz (habiendo definido lo mas claramente posible "su felicidad"), con actividades ajenas a las muestras afectivas que puede recibir de otros. Otras maneras de manejar este supuesto sería el listar sus ventajas e inconvenientes y tomar decisiones en función de ese listado, o comprobar si las muestras de desacuerdo de otros producen necesariamente la infelicidad, etc.

5. **TECNICA SOLUCIÓN DE PROBLEMAS:** Los problemas a los que no se encuentra solución desembocan en un malestar crónico. Cuando las estrategias de afrontamiento ordinarias fracasan aparece un sentimiento creciente de indefensión que dificulta la búsqueda de nuevas soluciones. Se define un **problema como el fracaso para encontrar una respuesta eficaz**. En 1982, D'Zurilla y Nezu definen la técnica de Solución de Problemas como "un proceso cognitivo-afectivo-comportamental mediante el cual un individuo o grupo identifica medios efectivos para solucionar conflictos propios del vivir cotidiano", con una finalidad terapéutica y preventiva.

Consta de cinco fases:

- a. Orientación del problema
- b. Formulación y definición del problema
- c. Generación de alternativas
- d. Toma de decisiones
- e. Puesta en práctica de la decisión tomada y verificación de los resultados.

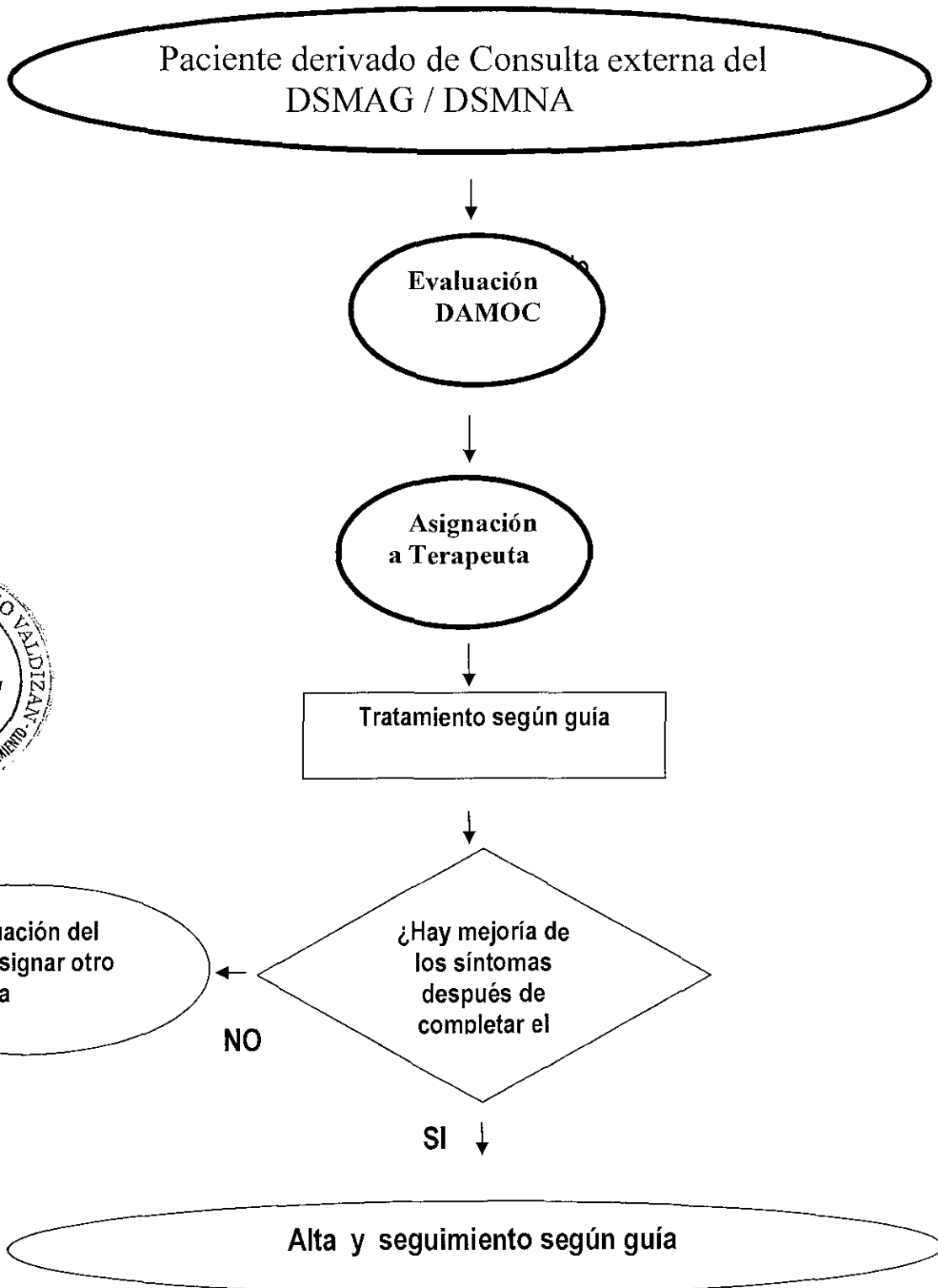


BIBLIOGRAFIA

1. Beck, A.; Rush, A; Shaw, A y Emery, J (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Descleé de Brouwer.
2. Beriso, A.; Plans, B.; Sánchez Guerra, M.; Sánchez, D. (2002). *Cuadernos de terapia cognitivo-conductual*. Madrid: EOS.
3. Buela, G; Sierra, J.C. (2004) *Manual de evaluación y tratamiento psicológicos*. Madrid: Ed. Biblioteca Nueva.
4. Caballo V.E. (1997). *Manual para el Tratamiento Cognitivo-Conductual de los Trastornos Psicológicos*. España: Editores S.A.
5. Labrador J. F. Cruzado J. A., Muñoz, M. (2001). *Manual de Técnicas de Modificación y Terapia de la Conducta*.



PACIENTE CON DEPRESION



**HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN
DPTO. DE ANALISIS Y MODIFICACION DEL
COMPORTAMIENTO**

**GUIA DE TRATAMIENTO COGNITIVO
CONDUCTUAL
DE LA FOBIA SOCIAL
(ANSIEDAD SOCIAL)**



DAMOC --2012





Resolución Directoral

Santa Anita, 23 de Agosto del 2012.

Visto el Expediente 12 MP-010673-00 y Memorando Nº 138-SDG-HHV-12; sobre aprobación de 1) Guía de Tratamiento Cognitivo Conductual del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) 2) Guía de Tratamiento Cognitivo Conductual de la Depresión y 3) Guía de Tratamiento Cognitivo Conductual de la Fobia Social del Departamento de Análisis y Modificación del Comportamiento (DAMOC), del Hospital Hermilio Valdizán;

CONSIDERANDO:

Que, la Ley Nº 26842 – Ley General de Salud, establece que la protección de la salud es de interés público y por tanto es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, mediante Memorando Nº 109-DAMOC-HHV-2012, de fecha 10 de Julio del 2012, el Jefe del Departamento de Análisis y Modificación del Comportamiento, remite las respectivas Guías de Tratamiento Cognitivo Conductual a la Dirección Adjunta del Hospital para su revisión y aprobación mediante la respectiva resolución;

Que, el Departamento de Análisis y Modificación del Comportamiento (DAMOC), es la unidad orgánica encargada de prestar atención a pacientes en base a técnicas conductuales – cognitivas, teniendo como objetivo realizar la evaluación conductual - cognitiva a los pacientes adultos, adolescentes y niños para identificar la(s) conducta(s) problemáticas y asignar al terapeuta respectivo; elaborar programas de tratamiento en función de las necesidades individuales de cada paciente dentro de un marco de ética terapéutica, entre otros;

Que, según lo expuesto se hace necesario aprobar las Guías de Tratamiento Cognitivo Conductual, que permitirá establecer las técnicas de relajación, técnicas de exposición, entrenamiento asertivo y terapia cognitiva en los trastornos de Ansiedad Generalizada, depresión y Fobia Social; para cuyo efecto es pertinente expedir el respectivo acta resolutorio;

En uso de las facultades conferidas por el artículo 11º inc. c) del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Hermilio Valdizán", aprobado por R.M. Nº 797-2003-SA/DM; y, cantando con la visación del jefe del Departamento de Análisis y Modificación del Comportamiento y de la Dirección Adjunta;

SE RESUELVE:

Artículo Primero. - APROBAR las Guías de Tratamiento Cognitivo Conductual del Hospital Hermilio Valdizán, que se mencionan:

- Guía de Tratamiento Cognitivo Conductual del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)
- Guía de Tratamiento Cognitivo Conductual de la Depresión
- Guía de Tratamiento Cognitivo Conductual de la Fobia Social

Artículo Segundo. - El Jefe del Departamento de Análisis y Modificación del Comportamiento, será el responsable de la difusión e implementación de las referidas Guías de Tratamiento Cognitivo Conductual.

Artículo Tercero. - Las Guías aprobadas con la presente Resolución serán publicadas en la Página Web del Hospital Hermilio Valdizán

Regístrese y Comuníquese,



Distribución:
DAMOC
INFORMATICA
HHV RES.



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN
Dr. RAFAEL NAVARRO CORTES
Director

GUIA DE TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL

DE LA FOBIA SOCIAL (ANSIEDAD SOCIAL)

1. NOMBRE Y CODIGO

Trastornos de Ansiedad: FOBIA SOCIAL (F 40.1, CIE10, OMS).

2. DEFINICIÓN DE FOBIA SOCIAL

“Trastorno de ansiedad que gira en torno al miedo a ser enjuiciado por otras personas en el seno de un grupo comparativamente pequeño (a diferencia de las multitudes) y llevan a evitar situaciones sociales determinadas.” (CIE 10 OMS).

Un elemento básico de la fobia social estriba en un fuerte deseo de causar una impresión favorable en los demás y en una marcada inseguridad en lo que se refiere a las propias condiciones para conseguirlo. Debido a experiencias previas unidas a predisposiciones innatas de la conducta, los fóbicos sociales dan por sentados unos supuestos con respecto a sí mismos y a su mundo social: (1) que corren peligro de comportarse como unos ineptos; y, (2) que esta conducta les reportará unas consecuencias desastrosas como demérito personal y rechazo.

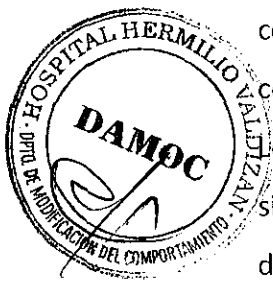
Los sentimientos de ansiedad o evitación irrumpen en situaciones las cuales el sujeto siente que está siendo evaluado o estudiado. Esta situación puede comprometer el desempeño como hablar en público, entrevistas, buscar trabajo o incluso comer, beber, firmar frente a otros o en la interacción social, como preguntar una fecha, salir con amigos, asistir a una fiesta o hablar con un jefe o un compañero de trabajo.

El diagnóstico sugiere que la persona evite o soporte con ansiedad o perturbación intensa las situaciones temidas, que reconozca que su temor es exagerado o irracional y que la ansiedad y la evitación interfieran en forma significativamente con la rutina normal, actividades laborales (académicas) sociales o interpersonales o perturbación notoria ante la posibilidad de experimentar el temor fóbico.

3. MODELOS EXPLICATIVOS

- 1) **Teoría del aprendizaje:** La teoría bifactorial (Mowrer) articula dos paradigmas del aprendizaje: el condicionamiento clásico (aprender por asociar estímulos) con el

[Escribir texto]

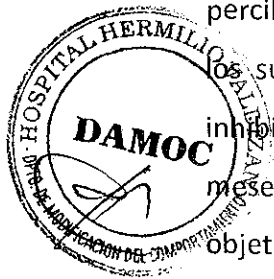


condicionamiento operante (aprender por las consecuencias que genera una conducta). La persona aprende a responder con miedo bajo el modelo de condicionamiento clásico; posteriormente evita situaciones que puedan producirle ansiedad. Al encontrar algo de alivio evitando lo que produce temor, se consolida la respuesta de evitación. La consecuencia de la ansiedad (evitación o escape), paradójicamente, logra aumentar lo que la genera (miedo).

- 2) **Modelo cognitivo:** La **vulnerabilidad psicológica** es una característica de quienes experimentan ansiedad: se sobrevalora el peligro y se subestiman los propios recursos. Existen formas de pensar y percibir disfuncionales a nivel cognitivo. La percepción está alterada por los procesos atencionales que “ayudan” a decodificar la información del ambiente de forma catastrófica. Se atiende más a la información que pueda ser amenazante que a la neutral, y se interpreta en la misma dirección de peligro y riesgo. El modelo cognitivo propone que es la atribución a los hechos la que explica la ansiedad, dando cuenta de la activación de creencias disfuncionales a partir de un suceso real.

VULNERABILIDAD A LA FOBIA SOCIAL: Se postula que las personas con este problema perciben a sus padres menos cariñosos, más rechazantes y más sobreprotectores que los sujetos de grupos controles normales. Kagan y col realizaron trabajos sobre inhibición de la conducta en niños pequeños en un estudio realizado en niños de 18 meses que entran con sus madres a una habitación con otras personas, juguetes y objetos, observaron que el 15% adoptan una conducta exploratoria, en el 70% esa conducta es leve y el otro 15% se muestra muy desconfiado y alejado. Consideraron que este grupo tenía inhibición conductual, que parece ser un rasgo estable, por lo menos en la primera década de la vida

La timidez prominente y tal vez la fobia social generalizada podrían asociarse con inhibición conductual, pero se requiere de estudios más definitivos. De ser hereditario este rasgo, lo cual parece probable, podría conferir una predisposición específica a la fobia social, o a los trastornos de ansiedad en general. Y la experiencia ambiental podría afectar la prevalencia de cualquier trastorno específico.



4. CUESTIONARIOS

- **Escala de ansiedad social de Liebowitz (LSAS)**

Es una escala diseñada para evaluar la gravedad del trastorno de ansiedad social. Consta de 24 ítems que se refieren a 24 situaciones que se evalúan desde una doble vertiente: miedo o ansiedad que experimenta el paciente en esas situaciones y el grado de evitación de las mismas. Los aspectos de miedo o ansiedad se puntúan mediante una escala Likert que oscila entre 0 (nada de miedo o ansiedad) y 3 (mucho miedo o ansiedad), y el grado de evitación mediante una escala de frecuencia también entre 0 (nunca lo evito, 0% de las ocasiones) y 3 (habitualmente lo evito, 67-100 % de las ocasiones)

- **Escala de autoestima**
- **Escala de habilidades sociales**
- **Inventario de creencias**

5. PROCESO DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

a) Metodología

- Nº de sesiones: 20
- Frecuencia: 1 vez a la semana
- Tiempo de Sesión: 45 minutos-1 hora.
- Duración: 5 meses de intervención, más 3 sesiones de seguimiento

b) Objetivos terapéuticos

1. Aprender a establecer metas realistas en las interacciones sociales
2. Corregir las expectativas, interpretaciones y valoraciones negativas y, en general, los errores cognitivos que contribuyen a incrementar o mantener la ansiedad; y, modificar los supuestos en los que se basan estas cogniciones negativas
3. Aprender a concentrarse en la tarea o interacción social en vez de en las sensaciones internas y pensamientos negativos
4. Reducir **significativamente** las conductas de evitación y escape al tiempo que se potencian las interacciones sociales adecuadas

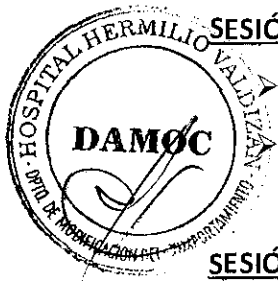


5. Reducir significativamente la activación autonómica y somática o habituarse a la misma cuando no se puede cambiar
6. Aprender a comportarse habilidosamente en aquellas situaciones en las que la persona presenta déficits al respecto
7. Reducir significativamente la interferencia producida por el trastorno. La idea no es *curar* totalmente al paciente, sino dotarle de unos recursos básicos que le permitan, tras haber conseguido un progreso notable en la terapia, seguir trabajando por su cuenta para incrementar y ampliar los cambios conseguidos.

c) Procedimiento

Se utilizará un diseño de caso único: tipo A-B-A' típico de intervenciones en Psicología Clínica, donde A es una fase de evaluación y/o línea base, B es la estrategia de intervención (aplicación de técnicas cognitivo-conductuales) y A' es un post-evaluación y seguimiento.

6. PROCESO DE INTERVENCIÓN



SESIÓN 1

- Establecimiento de una adecuada relación terapéutica
- Iniciar la historia clínica semiestructurada

SESIÓN 2

- Culminar la historia clínica
- Aplicación de cuestionarios
- Elaboración del análisis funcional



SESIÓN 3

- Explicación del modelo cognitivo conductual de la ansiedad en general y la fobia social en particular
- Presentación de los resultados de la evaluación
- Establecimiento de los objetivos del programa de tratamiento. Fortalecimiento del compromiso para la terapia con la presentación del contrato conductual



- Iniciar el entrenamiento en relajación muscular, 1º sesión, resaltando la importancia de la práctica
- Explicación de la auto observación y el correcto llenado del autorregistro
- Tarea: Elaboración de autorregistros

SESIÓN 4

- Revisión de la tarea, poniendo énfasis en la diferenciación de los componentes de la conducta
- Presentación del programa terapéutico, especificando la frecuencia de sesiones y su duración
- Se resuelven interrogantes del paciente
- Continuar con el entrenamiento en relajación muscular, 2º sesión
- Tarea: Continuar los autorregistros

SESIÓN 5

- Revisión de las tareas; en cuanto al autorregistro el paciente debe identificar claramente los componentes de la ansiedad así como estímulos desencadenantes y reforzadores; y con la lista de situaciones ansiógenas se elabora una jerarquía de ansiedad
- Entrenar en la escala subjetiva de ansiedad
- Continuar con el entrenamiento en relajación muscular, 3º sesión
- Tarea: Autorregistro y práctica de los ejercicios de relajación



SESIÓN 6

- Revisión de las tareas, consolidar relación entre los componentes de la conducta.
- Identificación de distorsiones cognitivas.
- Se concluye el entrenamiento en relajación muscular, 4º sesión
- Tarea: Autorregistros y práctica de relajación



SESIÓN 7

- Revisión de tareas, reforzar la identificación de distorsiones cognitivas

- Iniciar el entrenamiento de las habilidades sociales: Proporcionar información básica sobre el comportamiento social, y luego trabajar la adquisición de las habilidades no verbales
- Tarea: Autorregistro, relajación muscular y observar y practicar en situaciones sociales cotidianas los aspectos no verbales de la comunicación

SESIÓN 8

- Revisión de tareas: Planteamiento de alternativas racionales para cada una de las distorsiones registradas; revisar registro de relajación y reporte de autoobservación de habilidades no verbales
- Continuar el entrenamiento en habilidades sociales: Habilidades de escucha activa y de expresar y recibir cumplidos
- Entrenamiento en relajación por aflojamiento directo e imaginal
- Tarea: Autorregistros, práctica de la relajación y de las habilidades sociales trabajadas, y elaboración de pensamientos alternativos frente a distorsiones cognitivas.



SESIÓN 9

- Revisión de tareas: Reforzar la capacidad de elaborar alternativas racionales frente a pensamientos deformados y su relación con emociones más saludables. Evaluar avances en relajación y habilidades sociales
- Entrenamiento en las habilidades de conversación
- Terapia cognitiva: Se detalla el A-B-C de las emociones y se explican las creencias irracionales
- Continuar el entrenamiento en relajación por aflojamiento directo e imaginal
- Tarea: Autorregistros, práctica de relajación y de las habilidades sociales, y elaboración de pensamientos alternativos frente a distorsiones cognitivas



SESIÓN 10

- Revisión de tareas: Consolidación de la capacidad de elaborar pensamientos y emociones más saludables frente a situaciones ansiógenas. Evaluación de la

habilidad del paciente para hacer uso de la relajación por aflojamiento directo.

Evaluación de su desempeño social (habilidades de conversación)

- Reforzamiento de la relajación por aflojamiento directo. Y / o imaginal.
- Se continúa el entrenamiento en habilidades de conversación
- Se explican las técnicas de exposición enfatizando la importancia de exponerse gradualmente y en forma diaria a situaciones provocadoras de ansiedad, utilizando las habilidades de relajación, sociales y cognitivas en la vida real
- Tarea: Exposición a primera(s) situación(es) ansiógena(s) identificadas en la lista jerarquizada, autorregistros de pensamientos alternativos frente a dichas situaciones ansiógenas, práctica de relajación y habilidades sociales

SESIÓN 11

- Revisión de tareas: Evaluación de exposición, avances, dificultades, reforzamiento de logros
- Se inicia el entrenamiento asertivo: Introducir el concepto de asertividad, diferenciar los tres estilos de comunicación e identificar los derechos personales
- Se trabaja la identificación de las creencias irracionales intermedias y nucleares y las pautas para el cuestionamiento
- Tarea: Exposición, autorregistros, práctica de relajación, habilidades sociales y cuestionamiento



SESIÓN 12

- Revisión de tareas: reforzamiento de identificación de creencias básicas e intermedias, de exposición, y de comunicación asertiva.
- Se continúa el entrenamiento asertivo
- Continúa trabajándose el cuestionamiento de los pensamientos disfuncionales
- Tarea: Exposición, autorregistros, práctica de relajación, habilidades sociales y cuestionamiento



SESIÓN 13

- Revisión de tareas: Evaluación de capacidad de plantearse las preguntas adecuadas para el cuestionamiento.



- Entrenamiento asertivo
- Se introduce el concepto de autoestima y su relación con la crítica patológica
- Tarea: Exposición y utilización de recursos adquiridos.

SESIÓN 14

- Revisión de tarea: retroalimentación del paciente y del terapeuta.
- Se continúa trabajando aspectos de autoestima
- Tarea: exposición y utilización de recursos adquiridos.

SESIÓN 15

- Revisión de tareas: retroalimentación del paciente y del terapeuta.
- Se introduce noción de solución de problemas y
- Entrenamiento en autoafirmaciones.
- Tareas: exposición y utilización de recursos adquiridos.

SESIÓN 16

- Revisión de tareas: retroalimentación del paciente y del terapeuta.
- Reforzamiento de solución de problemas y autoafirmaciones.
- Tarea: exposición y utilización de recursos adquiridos.

SESIÓN 17

- Evaluación de habilidades de afrontamiento frente a situaciones ansiógenas identificadas en la lista jerarquizada, para la identificación de dificultades.
- Planteamiento de alternativas para superar las dificultades identificadas.
- Tareas: Exposición a dichas dificultades.

SESIÓN 18 y SESIÓN 19

- Evaluación de la exposición y utilización de los recursos aprendidos.

SESIÓN 20

- Evaluación final: aplicación de instrumentos utilizados en la evaluación de entrada.
- Despedida.



FASE DE SEGUIMIENTO

Se llevara a cabo por 6 meses, con una frecuencia de una sesión mensual.

7. BIBLIOGRAFIA

1. Cía, A. (2004). Trastorno de Ansiedad Social. *Manual diagnóstico terapéutico y de autoayuda*. Editorial Polemos.
2. Heimberg, R. Liebowitz, M, Hope, D.; Schneier, F (2000). *Fobia social: diagnóstico, evaluación y tratamiento*. Martínez Roca, Barcelona.
3. Buela – Casal, G; Sierra, J. (2004) *Manual de evaluación y tratamientos psicológicos*. Biblioteca Nueva: Madrid.
4. Stein Dan (2004) Tratado de los Trastornos de Ansiedad. Editorial Ars Médica. Barcelona. España
5. Labrador J. F. Cruzado J. A., Muñoz M. (2001) Manual de Técnicas de Modificación y Terapia de la Conducta. 3ra edición Madrid: Ed. Pirámide
6. Caballo, V. E. (1997) Manual para el TCC de los trastornos psicológicos; Vol 1. Siglo Veintiuno de España Editores. S.A.



8. ANEXOS: TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

TÉCNICAS DE RELAJACIÓN

Las técnicas de relajación son procedimientos cuyo principal objetivo es enseñar a la persona a controlar su propio nivel de activación a través de la modificación directa de las condiciones psicológicas sin ayuda de recursos externos.

El entrenamiento en relajación se inicia con los trabajos pioneros de Edmund Jacobson, quien en 1929 publica *Progressive Relaxation* en la que expone los fundamentos de la técnica de relajación progresiva, y Shultz, quien en 1932 publica *Das Autógeno Training* en la que expone los fundamentos del entrenamiento autógeno.

La **relajación muscular progresiva**, es una de las técnicas más utilizadas dentro de la terapia cognitivo conductual, fue desarrollada originalmente por Jacobson (1888-1983) en 1929. Sin embargo, diversos



autores han modificado su procedimiento acortando su duración de forma importante. Siendo la más divulgada la técnica de Joseph Wolpe (1915-1977).

TECNICAS DE EXPOSICIÓN

Baum (1968) demostró que la presentación masiva de estímulos generadores de ansiedad asociada a la prevención de respuesta bastaba para provocar la extinción del estímulo fóbico. Siendo una característica esencial la exposición prolongada, por lo que la llamó inundación. Ambos términos se ha usado indistintamente pero existen características que los distinguen.

La **exposición en vivo** a los estímulos fóbicos **sin la conducta de escape** hasta que la **ansiedad remita** de forma significativa es el tratamiento conductual más eficaz actualmente disponible.

La clave del tratamiento es impedir que la evitación o el escape se conviertan en una "señal de seguridad". Los mecanismos explicativos de la reducción del miedo durante la práctica de exposición están relacionados con la **habitación** (desde una perspectiva fisiológica), con la **extinción** (desde una perspectiva conductual) y con el **cambio de expectativas** (desde una perspectiva cognitiva).



ENTRENAMIENTO ASERTIVO:

La asertividad es una más de las habilidades sociales. Mucha gente necesita aprender cómo defender sus derechos personales, cómo expresar pensamientos, emociones y creencias en forma directa, honesta y apropiada sin violar los derechos de la otra persona.

La esencia de la conducta asertiva puede ser reducida a cuatro patrones específicos: la capacidad de decir "no"; la capacidad de pedir favores y hacer requerimientos; la capacidad de expresar sentimientos positivos y negativos... (Lazarus, 1983).



TERAPIA COGNITIVA

La Terapia Cognitiva (TC) es una estrategia de tratamiento desarrollada por Aaron Beck en la década del 60 y es él mismo quien la define como "un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado" que se utiliza para tratar distintos trastornos psicológicos. Se basa en el supuesto teórico de que las emociones y las conductas de un individuo están determinadas en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo.

- ✓ Que es una idea y no necesariamente una verdad.
- ✓ Que puede creer en ella con mucha intensidad y hasta “sentir” que es verdadera y, no obstante, puede ser parcial o totalmente falsa.
- ✓ Que como idea, puede ser sometida a comprobaciones.
- ✓ Que tiene sus orígenes en sucesos de la infancia y que puede o no haber sido cierta en el momento en que comenzó a creer en ella.
- ✓ Que se mantiene a través del funcionamiento de sus esquemas, en los cuales rápidamente encuentra datos que sustentan la creencia central, mientras ignora los que la contradicen.
- ✓ Que el paciente y el terapeuta pueden, en un trabajo conjunto, usar una gran variedad de estrategias para modificar esa idea y obtener una visión más real de sí mismo.

Técnicas Utilizadas Comúnmente

Cuestionamiento Socrático:

El Cuestionamiento socrático es central al concepto de probar hipótesis como un detective o un científico, en donde usted formula una serie de preguntas para ayudar a que los pacientes examinen la lógica detrás de sus creencias. Este es uno de los métodos más importantes para identificar y evaluar el pensamiento disfuncional, y está basado en la asunción, en la terapia cognitiva, de que los pacientes cambiarán sus creencias más rápido o más completamente si descubren las fallas en su razonamiento por sí mismos. De ahí que es la serie de preguntas, más que afirmaciones, las que le dicen a los pacientes lo que están haciendo mal. Utilice esta técnica para ayudar a que los pacientes determinen la validez y utilidad de sus pensamientos.

Algunas preguntas típicas son:

- “¿Hay alguna evidencia que apoye la exactitud de este pensamiento?”
- “¿Hay alguna evidencia que lo contradiga?”
- “¿Hay alguna explicación alternativa?”
- “¿Cuál es el efecto de creer esto?”
- “¿Cuál podría ser el efecto de cambiar su creencia?”

El Paciente Como Detective o Científico

Al emplear los métodos socráticos y familiarizar a su paciente con el modelo cognitivo, anímelo a tomar un rol que facilite la exploración de los pensamientos personales. Hacia el final, anime a su paciente a adoptar el rol de un detective que busca las pistas o la evidencia, o

[Escribir texto]

bien el de un científico que está probando una hipótesis. Incluso puede sugerir que juntos, ambos, conforman una agencia de detectives o un equipo de investigación. En estos roles, usted y su paciente identifiquen las predicciones específicas verificables, utilizando varios de los métodos más abajo descritos, especialmente los experimentos conductuales.

Identificar los Errores Cognitivos

Como se describió antes, muchos, si no la mayoría de los pacientes, cometen comúnmente errores de pensamiento. Déles una lista de ellos para ayudar a que los pacientes identifiquen patrones erróneos de pensamiento temprano en el tratamiento. Como se listan más arriba, incluyen pensamientos de todo-o-nada, etiquetamiento, sobre-generalización, filtro mental, omitir lo positivo, saltar a conclusiones (incluyendo la lectura del pensamiento y la adivinación del futuro), magnificación, razonamiento emocional y afirmaciones de "debería". Algunos de estos errores corresponden o se superponen con tipos de creencias problemáticas o con otras técnicas cognitivas. Por ejemplo, saltar a conclusiones puede ser sinónimo de sobreestimación del daño en algunos pacientes, y el razonamiento emocional está muy vinculado con la técnica de contrastar la mente racional con la mente emocional.

Flecha Descendente

Esta técnica, es particularmente útil para identificar las creencias de mayor nivel de profundidad y/o los temores catastróficos. En este método, usted le pregunta repetidamente al paciente los significados vinculados con las situaciones temidas, asumiendo que los pensamientos iniciales fueran ciertos ("Entonces, si eso pasara, ¿qué significaría para usted?"... "¿Qué significaría?"... "¿Qué es lo peor de ello?"). Esta técnica puede también utilizarse para identificar creencias de nivel más profundo en el módulo de creencias centrales, preguntando: "¿Qué significa esto para usted?" Usted utilizará inicialmente el método de la flecha descendente como instrumento de evaluación para identificar las creencias problemáticas, y más adelante como método para facilitar la evaluación de las creencias intermedias y/o centrales que emerjan.

Experimentos Conductuales

Los experimentos conductuales son útiles cuando las asunciones de su paciente pueden formularse fácilmente en hipótesis verificables. El terapeuta y el paciente formulan

[Escribir texto]

juntos la hipótesis, y el paciente puntúa cuán fuertemente cree que es cierta. Luego usted ayuda a su paciente a pensar en una forma de probar la creencia, usualmente como una asignación de tarea para casa, aunque algunas veces un experimento puede conducirse en la oficina. Típicamente, usted utiliza el Cuestionamiento Socrático para diseñar el experimento y decidir qué evidencia se requiere para apoyar o refutar la creencia.

Ventajas y Desventajas

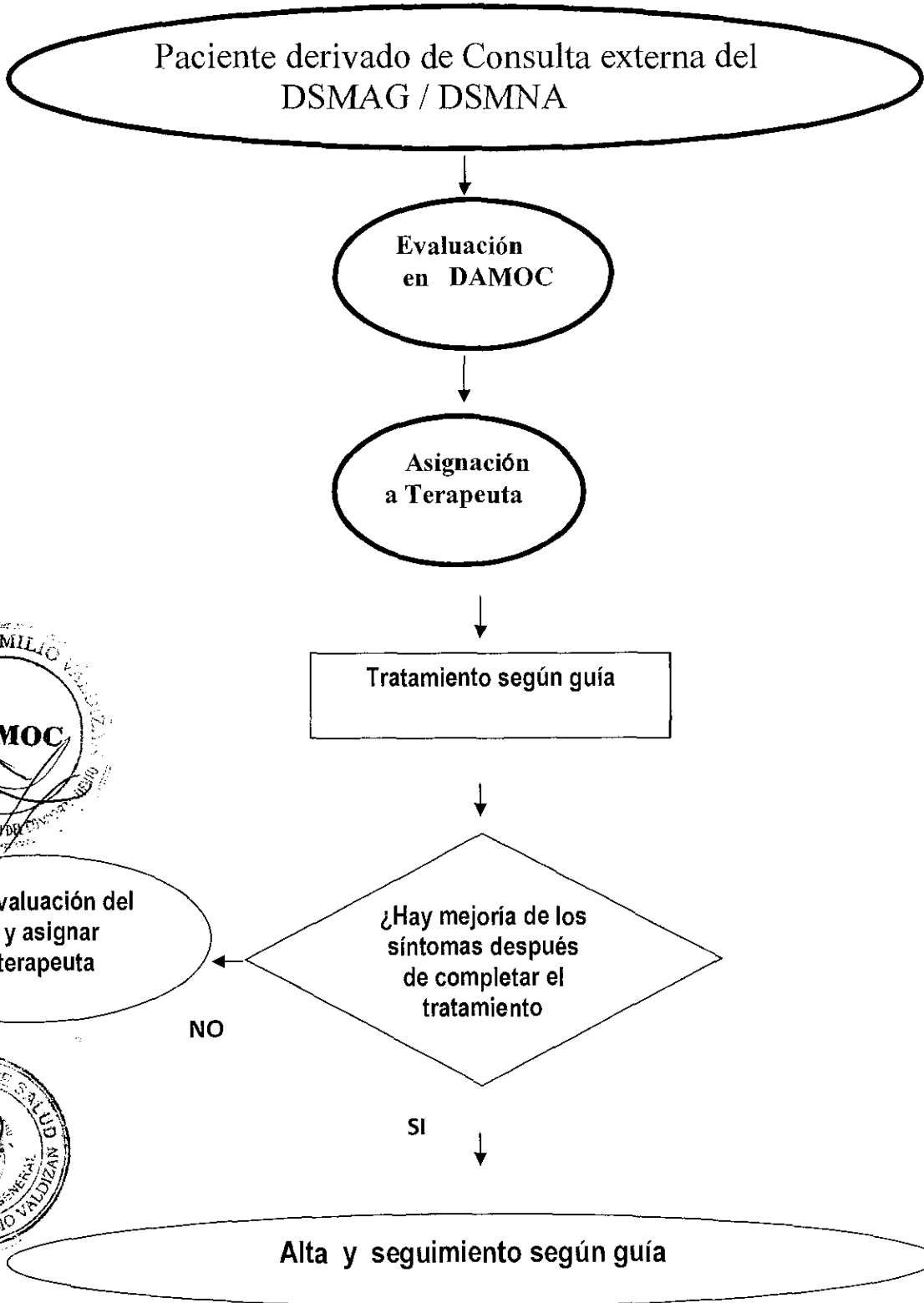
Una estrategia cognitiva frecuentemente utilizada para los pacientes que tienen dificultad para tomar decisiones (usualmente ello significa que tienen un excesivo deseo de certeza), es animarlos a que hagan un lista de dos columnas con los costos y beneficios de una decisión en particular. Los pacientes pueden entonces sopesar los pros y contras relativos. A menudo aplicamos esta técnica para determinar las ventajas y desventajas de aferrarse a ciertas creencias o conductas, contra reemplazarlas por otras nuevas.

Técnica del Doble Estándar:

Esta técnica es particularmente útil para aquéllos con responsabilidad excesiva o estándares altos relacionados con el perfeccionismo, porque los fuerza a tomar otra perspectiva. Usted puede simplemente preguntarle al paciente acerca de si aplicarían los mismos principios estrictos o las actitudes que tienen para consigo mismos a otros que son como ellos.



PACIENTE CON ANSIEDAD SOCIAL



Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS)

Nombre y Apellidos: _____ Edad: _____ Fecha: _____

Instrucciones

Evaluar a cada ítem con un 0 (nada), 1 (ligero), 2 (moderado) o 3 (severo) basado en su experiencia o de la semana pasada. A cada ítem se le debe asignar sólo una puntuación de Miedo y una puntuación de Evitación. Si usted no entró en la situación temida en la semana pasada, evalúe el ítem de acuerdo a cómo habría sido su nivel de miedo si se hubiera encontrado con la situación temida y la hubiera evitado.

Situaciones Sociales	Miedo o Ansiedad	Evitación
	0 = Nada 1 = Ligero 2 = Moderado 3 = Severo	0 = Nunca (0%) 1 = Ocasionalmente (1-33%) 2 = Con frecuencia (33-67 %) 3 = Usualmente (67-100 %)
1. Telefonar en público (D)		
2. Participar en grupos pequeños (D)		
3. Comer en lugares públicos (D)		
4. Beber en otros lugares públicos (D)		
5. Hablar a gente de autoridad (S)		
6. Actuar, desempeñarse o dar una charla frente a una audiencia (D)		
7. Asistir a una fiesta (S)		
8. Trabajar mientras se es observado (D)		
9. Escribir mientras se es observado (D)		
10. Llamar a alguien que no conoces bien (S)		
11. Hablar con gente que no conoce muy bien (S)		
12. Reunirse con extraños (S)		
13. Orinar en baños públicos (D)		
14. Entrar a una habitación donde ya están sentados otros (D)		
15. Ser el centro de la atención (S)		
16. Hablar en voz alta en una reunión (D)		
17. Dar un examen (D)		
18. Expresar un desacuerdo o una desaprobación a gente que no conoce muy bien (S)		
19. Ver a los ojos de gente que no conoce muy bien (S)		
20. Proporcionar un informe a un grupo (D)		
21. Intentar trabar conversación con alguien (D)		
22. Devolver mercadería a una tienda (S)		
23. Ofrecer una fiesta (S)		
24. Resistir una gran presión de un vendedor (S)		

Corrección de la Escala

Subpuntaje de Ansiedad de Desempeño (D) : _____
 Subpuntaje de Ansiedad Social (S) : _____
 Evitación (Ds) : _____
 Evitación (Ss) : _____
 Total de Ansiedad (D+S) : _____
 Total de Evitación (Ds+Ss) : _____

