



MINISTERIO SALUD
HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN
DIRECCION GENERAL



Nº 193 -DG/HHV-2013

Resolución Directoral

Santa Anita, 12 de Octubre de 2013.

Visto el Expediente 13MP-012826-00 sobre la aprobación de las Guías de: Tratamiento Cognitivo Conductual de la Depresión, Guía de Tratamiento Cognitivo Conductual de la Fobia Social (Ansiedad Social) y la Guía de Tratamiento Cognitivo Conductual del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) del Hospital Hermilio Valdizan;
CONSIDERANDO:

Que, la Ley N° 26842 – Ley General de Salud, establece que los establecimientos de salud y los servicios médicos de apoyo, cualquiera sea su naturaleza o modalidad de gestión, deben cumplir los requisitos que disponen los Reglamentos y Normas Técnicas que dicta el Ministerio de Salud;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 526-2011/MINSA, se aprueban las “Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud”, estableciendo que las Guías Técnicas, constituyen documentos con los cuales se define por escrito y de manera detallada el desarrollo de determinados procesos, procedimientos y actividades administrativas asistenciales o sanitarias; consolidando con ello las metodologías, instrucciones o indicaciones que permite al operador seguir un determinado recorrido, orientándolo a cumplir el objetivo de un proceso y al desarrollo de una buena práctica asistencial;

Que, el D.S. N° 013-2006-SA- Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, en su artículo 2° (definiciones), señala a la Guía de práctica Clínica, como recomendaciones desarrolladas sistemáticamente acerca de un problema clínico específico para asistir tanto al personal de la salud como a los pacientes en el proceso de toma de decisiones para una apropiada y oportuna atención a la salud;

Que, mediante Memorándum N° 212-DAMOC-HHV-2013 de fecha 24 de Setiembre de 2013, el Jefe del Departamento de Análisis y Modificación del Comportamiento, remite a la Dirección Adjunta del Hospital, las Guías de; 1) Tratamiento Cognitivo Conductual de la Depresión, 2) Tratamiento Cognitivo Conductual de la Fobia Social (Ansiedad Social) y, 3) Tratamiento Cognitivo Conductual del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), y contando con la opinión favorable de la Dirección General y de la Dirección Adjunta del Hospital, consignado en el memorándum N° 091-SDG-HHV-13; es necesario e importante la aprobación de las citadas guías, mediante el acto resolutivo respectivo;

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 la Dirección Adjunta del Hospital;

SE RESUELVE:

Artículo Primero.- APROBAR las Guías de Práctica Clínica del Departamento de Análisis y Modificación del Comportamiento del Hospital Hermilio Valdizán que son los siguientes, los mismos que obran en anexo adjunto y que forman parte de la presente Resolución:

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





MINISTERIO SALUD
HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN
DIRECCION GENERAL



Nº 193 -DG/HHV-2013

Resolución Directoral

Santa Anita, 12 de Octubre de 2013.

Artículo Segundo.- Encargar el cumplimiento de la presente resolución a la Jefatura del Departamento de Análisis y Modificación del Comportamiento (DAMOC) del Hospital Hermilio Valdizan.

Artículo Tercero.- Disponer que la Oficina de Estadística e Informática proceda a publicar la presente Resolución en la Pagina Web del Hospital.

Regístrese y Comuníquese,

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN
.....
Dra. Amelia Arias Albino
Directora General (e)
C.M.P. 12667 RNE 4326



NSC/PR

Distribución:

DAMOC

SDG

OAJ

OCI

INTERESADOS

INFORMATICA

FILE RESOLUCIONES VIII-2013



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 eventos 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 más que de sus aciertos) y autoreforzo (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

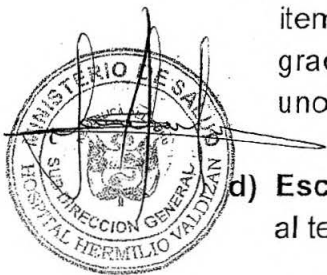
5.- EVALUACION

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 antidepressiva. 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.- INTERVENCION PSICOLOGICA:

6.1.-Metodología:

- N° de sesiones: 15
- Frecuencia: 1 vez a la semana
- Tiempo de Sesión: 45 minutos - 1 hora.
- Duración: 4 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 mas 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 N° 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 N° 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.
- Establecimiento del contrato conductual formalizar un contrato terapéutico poniendo énfasis en el papel que se espera del paciente en el curso de la terapia.
- Tareas para la casa: Aplicación de Cuestionarios (Escala de Dominio y Agrado, Cuestionario de pensamientos automáticos, Registro de opiniones)

SESIÓN N° 3:

- Elaboración y discusión con el paciente, del análisis funcional de las conductas problemas identificadas.
- Explicación de la importancia del uso de técnicas conductuales basadas en la programación gradual de actividades placenteras y sociales.
- 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 N° 4:

- Evaluar el nivel de actividades en el que se desempeña el paciente.
- Psicoeducación sobre la técnica de autoinstrucciones. Importancia y efectos de este en la regulación y afronte de las emociones.
- Ensayo en el consultorio: Cambiar las autocharlas negativas vs las autoinstrucciones racionales.

SESIÓN N° 5:

- 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.
- Biblioterapia: Lectura de distorsiones

SESION No 6:

- Revisión de tareas: Distorsiones que el paciente identificó. Mantenimiento de actividades agradables.
- Continuar con la aplicación de la relajación muscular progresiva (3º 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.

SESION Nº 7:

- Revisión de registros aplicativos.
- 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 Nº 8:

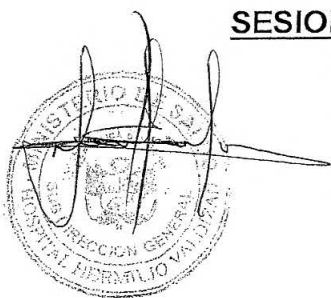
- Revisión de tareas: analizar el registro del ABC
- Continuar trabajando sobre la emoción(es) perturbadora(es) que presente el paciente y la reestructuración de la creencia irracional.
- Tareas para la casa: Aplicación de ensayos conductuales para el cambio de creencias
- Registro A-B-C-D-E.

SESION Nº 9:

- 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 Nº 10:

- 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° 11:

- 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° 12:

- 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° 13:

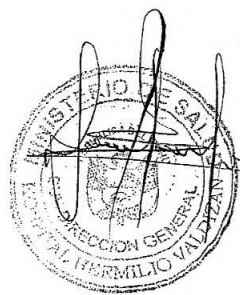
- Seguir reforzando y resaltando los afrontes adaptativos y la autoevaluación de ellas.
- Reforzar la aplicación de técnicas de reestructuración cognitiva en las situaciones que se expone el paciente, enfatizando la importancia de la *generalización* de éstas en sus actividades cotidianas.
- Desarrollo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

SESION N° 14:

- 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° 15

- 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° 16 (Mensual).
- Sesión N° 17 (Trimestral).
- Sesión N° 18 (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 las 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 afrontándola. 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 dis tractoras 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 más frecuentemente usados son el escuchar como el paciente justifica su creencia en un determinado pensamiento 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 más 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.

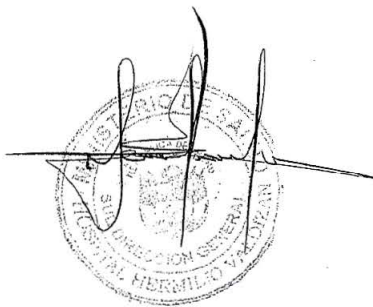
Consta de cinco fases:

- 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.

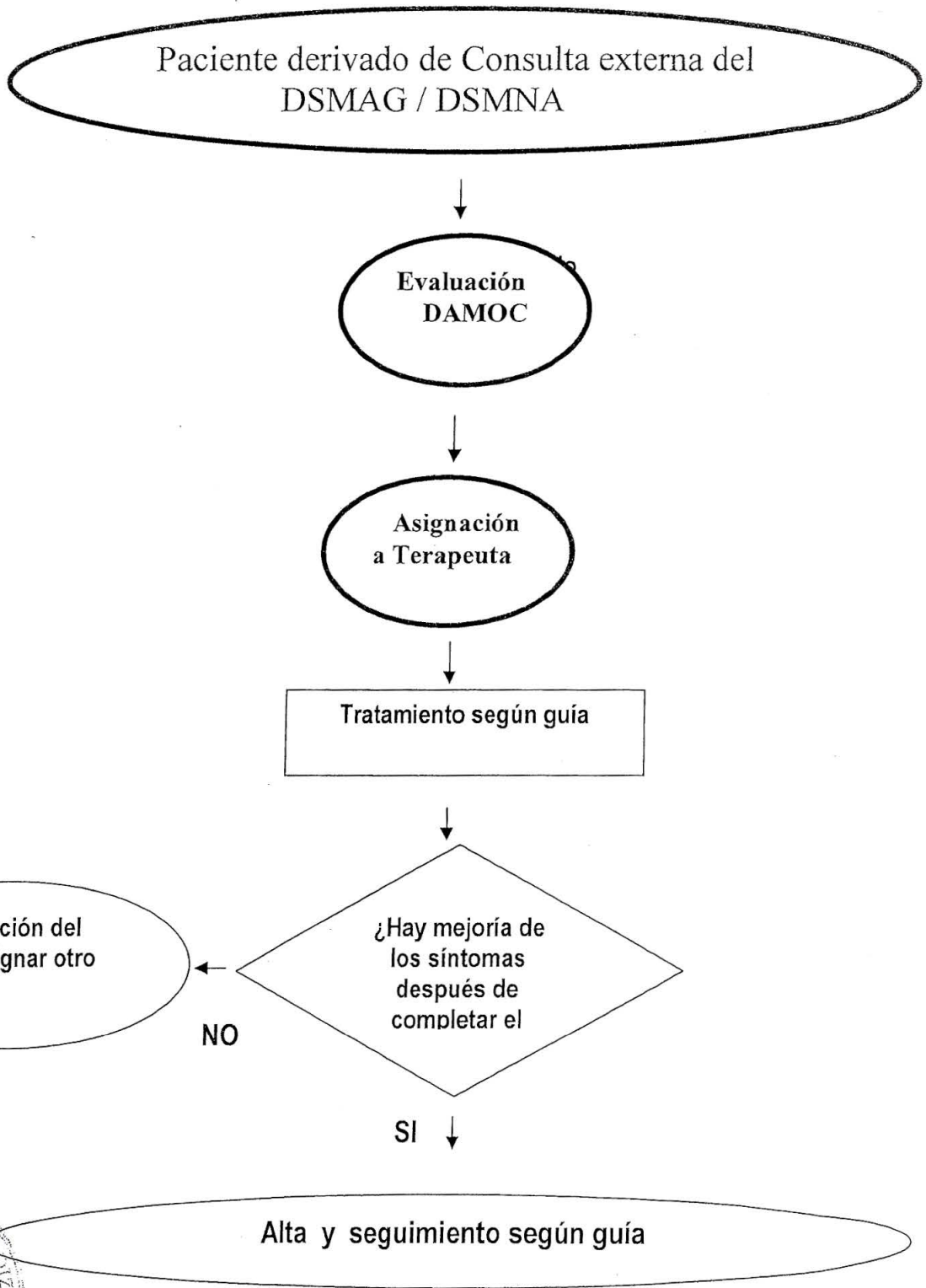


BIBLIOGRAFIA

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



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

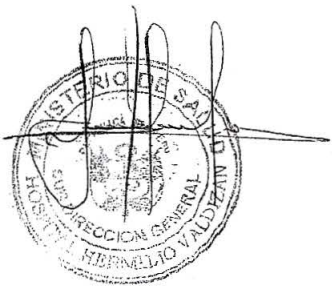
5. PROCESO DE INTERVENCION PSICOLOGICA

a) Metodología

- Nº de sesiones: 15
- Frecuencia: 1 vez a la semana
- Tiempo de Sesión: 45 minutos-1 hora.
- Duración: 4 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.
- Aplicación de cuestionarios.
- Explicación de la auto observación y el correcto llenado del autorregistro.
- Tarea: Elaboración de autorregistros.

SESIÓN 2

- Culminar la historia clínica.
- Elaboración del análisis funcional.
- Explicación del modelo cognitivo conductual de la ansiedad en general y la fobia social en particular.
- Establecimiento de los objetivos del programa de tratamiento. Fortalecimiento del compromiso para la terapia con la presentación del contrato conductual.
- Resolver las interrogantes del paciente.
- Tarea: Elaboración de autorregistros.

[Escribir texto]



SESIÓN 3

- 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.
- Iniciar el entrenamiento en relajación muscular, 1º sesión, resaltando la importancia de la práctica.
- Tarea: Autorregistro y práctica de los ejercicios de relajación.

SESIÓN 4

- Revisión de las tareas, consolidar relación entre los componentes de la conducta.
- Identificación de las distorsiones cognitivas.
- Continuar con el entrenamiento en relajación muscular, 2º sesión.
- Tarea: Autorregistro, práctica de los ejercicios de relajación y elaboración de ejemplos de distorsiones cognitivas.

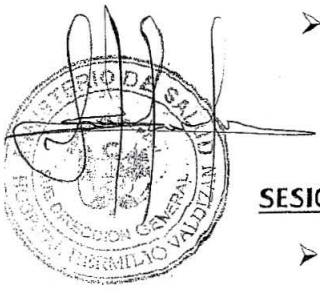
SESIÓN 5

- Revisión de tareas, reforzar la identificación de distorsiones cognitivas.
- Elaboración de alternativas racionales para cada una de las distorsiones.
- Iniciar el entrenamiento de las habilidades sociales: Proporcionar información básica sobre el comportamiento social, y luego trabajar la adquisición de las habilidades no verbales.
- Continuar con el entrenamiento en relajación muscular, 3º sesión.
- Tarea: Autorregistro, relajación muscular y observar y practicar en situaciones sociales cotidianas los aspectos no verbales de la comunicación.

SESIÓN 6

- 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.
- Se concluye el entrenamiento en relajación muscular, 4º sesión.

[Escribir texto]



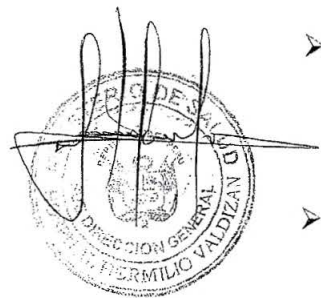
- Continuar el entrenamiento en habilidades sociales: Habilidades de escucha activa y de expresar y recibir cumplidos.
- Tarea: Autorregistros, práctica de la relajación y de las habilidades sociales trabajadas, y elaboración de pensamientos alternativos frente a distorsiones cognitivas.

SESIÓN 7

- 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.
- 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 8

- 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. Evaluación de su desempeño social (habilidades de conversación).
- Se inicia el entrenamiento asertivo: Introducir el concepto de asertividad, diferenciar los tres estilos de comunicación e identificar los derechos personales.
- 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 9

- Revisión de tareas: Evaluación de exposición, avances, dificultades, reforzamiento de logros.
- Se continúa entrenamiento asertivo.
- Se trabaja la identificación de las creencias irracionales intermedias y nucleares y las pautas para el cuestionamiento.
- Tarea: Autorregistros, práctica de relajación y de las habilidades sociales, y elaboración de pensamientos alternativos frente a distorsiones cognitivas.

SESIÓN 10

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

SESIÓN 11

- Revisión de tareas: Evaluación de capacidad de plantearse las preguntas adecuadas para el cuestionamiento.
- Se introduce el concepto de autoestima y su relación con la crítica patológica.
- Continúa trabajándose el cuestionamiento de los pensamientos disfuncionales.
- Tarea: Exposición y utilización de recursos adquiridos.

SESIÓN 12

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

SESIÓN 13

[Escribir texto]

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

SESIÓN 14

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

SESIÓN 15

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

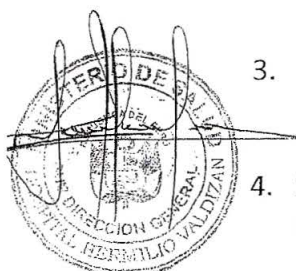
FASE DE SEGUIMIENTO

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.

[Escribir texto]



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 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).

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:

[Escribir texto]

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

Questionamiento Socrático:

El Questionamiento 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

[Escribir texto]

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, 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 Descendent

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

[Escribir texto]



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.



PACIENTE CON ANSIEDAD SOCIAL

Paciente derivado de Consulta externa del
DSMAG / DSMNA

Evaluación
en DAMOC

Asignación
a Terapeuta

Tratamiento según guía

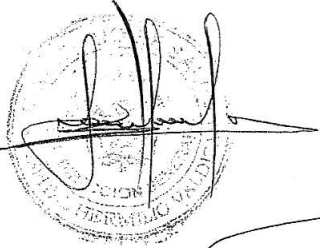
¿Hay mejoría de los
síntomas después
de completar el
tratamiento

Re-evaluación del
caso y asignar
otro terapeuta

NO

SI

Alta y seguimiento según guía



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).

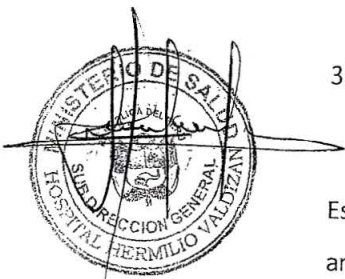
2. DEFINICIÓN DE TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA (TAG)

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**



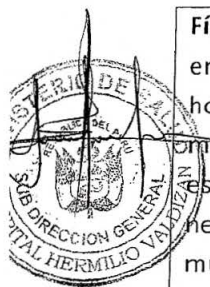
puede interactuar con una **vulnerabilidad psicológica** (sensación de que los eventos amenazantes son impredecibles y/o incontrolables basada en experiencias evolutivas tempranas), de modo que ante la ocurrencia de **eventos estresantes** o problemáticos, la persona puede responder con preocupación 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 o molestias digestivas, náuseas, vómito, "nudo en el estómago, diarreas o estreñimiento, alteraciones de la alimentación, tensión y rigidez muscular, cansancio, mareos e inestabilidad</p> <p>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.</p> <p>En casos más extremos, temor la muerte, la locura, o el suicidio</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,

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.

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: 15
- Frecuencia: 1 vez a la semana
- Tiempo de Sesión: 45 minutos-1 hora.
- Duración: 4 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.
- 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.
- Tarea: Elaboración de autorregistros

SESION Nº 3

- Revisar autorregistros, poniendo énfasis en la diferenciación de los componentes del TAG.
- Iniciar el entrenamiento en relajación muscular, 1ª sesión, resaltando la importancia de la práctica.



- Explicar los objetivos y el procedimiento de la estrategia “un momento para la preocupación”
- Tarea: Llenar el Diario de Preocupaciones y practicar ejercicios de relajación en casa.

SESIÓN Nº 4

- Revisar las tareas.
- Continuar con el entrenamiento en relajación muscular, 2º sesión
- Abordar la identificación de las distorsiones cognitivas.
- Tarea: Autorregistros y practicar ejercicios de relajación en casa.

SESIÓN Nº 5

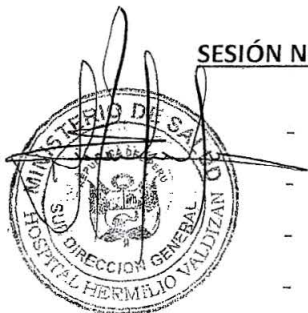
- Revisar las tareas.
- Continuar con el entrenamiento en relajación muscular, 3º sesión
- Identificar y cuestionar cogniciones que sobrestiman la probabilidad de eventos negativos.
- Tarea: Autorregistros, practicar relajación y elaborar 2 ejemplos de cada una de las distorsiones cognitivas.

SESIÓN Nº 6

- Revisar las tareas.
- Se concluye el entrenamiento en relajación muscular, 4º sesión
- Identificar y cuestionar cogniciones catastróficas.
- Tarea: Autorregistros, practicar relajación y el desafío los pensamientos distorsionados.

SESIÓN Nº 7

- Revisar las tareas.
- Identificar y cuestionar las creencias irracionales acerca de la preocupación.
- Entrenamiento en relajación por aflojamiento directo e imaginal.
- Tarea: Autorregistro, practicar relajación muscular y desafío de cogniciones.



SESIÓN N° 8

- Revisar las tareas.
- Reforzar la capacidad de elaborar alternativas racionales frente a pensamientos deformados y su relación con emociones más saludables.
- Consolidar técnicas de relajación.
- Tarea: Autorregistros, practicar relajación y elaborar pensamientos racionales.

SESION N° 9

- Revisar las tareas.
- Introducir la exposición a la preocupación.
- Iniciar entrenamiento en asertividad.
- Tarea: Autorregistros, practicar relajación, elaborar pensamientos alternativos y practicar la exposición a la preocupación.

SESIÓN N° 10

- 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 N° 11

- Revisar las tareas, evaluar avances y dificultades, y reforzar sus logros.
- 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 Nº 12

- 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 Nº 13

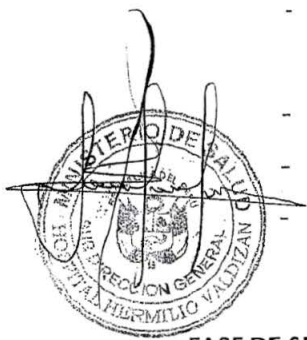
- Revisar las tareas.
- Consolidar técnicas de resolución de problemas.
- Tarea: exposición y utilización de recursos adquiridos.

SESIÓN Nº 14

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

SESIÓN Nº 15

- Revisar las tareas.
- 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.
- 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).



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 *habituación* (desde una perspectiva fisiológica), con la *extinción* (desde una perspectiva conductual) y con el *cambio de expectativas* (desde una perspectiva cognitiva).

ENTRENAMIENTO ASERTIVO

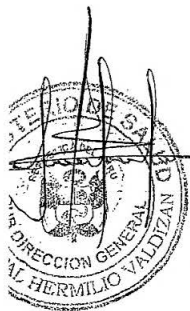
La asertividad es una más de las habilidades sociales. Mucha gente necesita aprender como defender sus derechos personales, cómo expresar pensamientos, emociones y creencias en forma directa, honesta y apropiada sin violar los derechos de la otra persona.

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

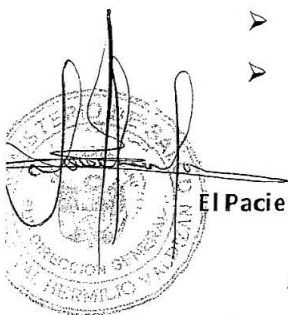
Cuestionamiento Socrático:

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, 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

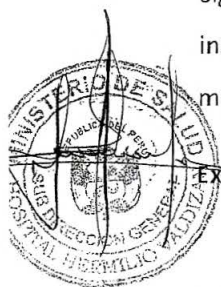
Como se describió antes, muchos, si no la mayoría de los pacientes, cometen comúnmente errores de pensamiento. Déles una lista de ellos para ayudar a que los pacientes identifiquen patrones erróneos de pensamiento temprano en el tratamiento. Como se listan más arriba, incluyen pensamientos de todo-o-nada, 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 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 una 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 aquellos 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.

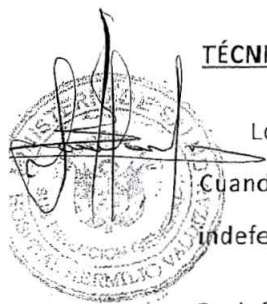
Gráfico de Torta

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

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



PACIENTE CON TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA (TAG)

