02

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS Adultos

Juan Antequera Iglesias
Psicólogo Especialista en Psicología Clínica.
FEA Psicología Clínica Hospital Virgen de la Misericordia de Toledo.

José Luis Santos Ruiz
Psicólogo Especialista en Psicología Clínica.
FEA Psicología Clínica Hospital Complejo Hospitalario de Toledo.
Hospital Virgen de la Salud. SESCAM.

María Muñoz Parra
Psicóloga Especialista en Psicología Clínica.

Luis Javier Sanz Rodríguez
Doctor en Psicología.
Psicólogo Especialista en Psicología Clínica.
FEA Psicología Clínica Hospital Universitario de Guadalajara.
SESCAM.

Juan Jesús Muñoz García
Doctor en Psicología.
Psicólogo Especialista en Psicología Clínica. Coordinador de Rehabilitación del Área de Salud Mental del Hospital San Juan de Dios de Ciempozuelos (Madrid).
Especialista en Psicología Forense y Neuropsicología.
Tutor PIR.

Índice general de temas

Página 21

02 01

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS PARA TRASTORNOS NEUROCOGNITIVOS: DELIRIUM, DEMENCIA, TRASTORNO AMNÉSICO

1. Introducción
2. Delirium
   - 2.1. Tratamiento del delirium
3. Trastorno neurocognitivo mayor y leve
   - 3.1. Introducción
   - 3.2. Tratamiento del TNC. Cuestiones generales
   - 3.3. Tratamiento de los TNC. Subtipos
     - 3.3.1. Intervención farmacológica
       - a. TNC debido a Enfermedad de Alzheimer
       - b. TNC debido a enfermedad de Parkinson
       - c. TNC con cuerpos de Lewy
       - d. TNC vascular
       - e. Otras
     - 3.3.2. Intervención psicosocial
       - a) Síntomas cognitivos
       - b) Síntomas emocionales
       - c) Síntomas conductuales
       - d) Intervenciones centradas en el cuidador
     - 3.3.3- Tendencias futuras
4. Trastorno amnésico
   - 4.1. Introducción
   - 4.2. Tratamiento de Trastornos amnésicos

Página 34

02 02

TRATAMENTOS PARA TRASTORNOS RELACIONADOS CON SUSTANCIAS Y OTRAS ADICCIONES

1. Introducción
   - 1.1. Trastorno dual. Tratamiento
2. Perspectiva general de tratamiento
   - 2.1. Modelo transteórico de Prochaska y Diclemente
   - 2.2. Entrevista Motivacional, Miller y Rollnick
3. Tratamientos psicológicos eficaces
   - 3.1. Alcohol
     - 3.1.1. Tratamiento biológico
     - 3.1.2. Tratamiento psicológico
   - 3.2. Tranquilizantes
   - 3.3. Opiáceos
     - 3.3.1. Tratamiento biológico
     - 3.3.2. Tratamiento psicológico
   - 3.4. Estimulantes
     - 3.4.1. Tratamiento farmacológico
     - 3.4.2. Tratamiento psicológico
   - 3.5. Tabaco
     - 3.5.1. Tratamientos psicológicos
     - 3.5.2. Tratamientos desarrollados en el contexto médico
     - 3.5.3. Tratamientos desarrollados en el contexto comunitario o social
   - 3.6. Cannabis
     - 3.6.1. Tratamientos psicológicos eficaces
4. Trastornos adictivos no relacionados con sustancias
   - 4.1. Juego patológico
     - 4.1.1. Recomendaciones de tratamiento
     - 4.1.2. Tratamiento farmacológico
     - 4.1.3. Tratamientos psicológicos
   - 4.2. Trastornos por uso de videojuegos y otras adicciones conductuales

Página 62

02 03

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS PARA LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

1. Introducción
2. Tratamientos Biológicos
   - 2.1. Tratamientos farmacológicos para el trastorno de pánico y la agorafobia
   - 2.2. Tratamientos farmacológicos para las fobias específicas
   - 2.3. Tratamientos farmacológicos para el trastorno de ansiedad social
   - 2.4. Tratamientos farmacológicos para el trastorno de ansiedad generalizada
3. Tratamientos Psicológicos
   - 3.1. Tratamientos psicológicos para el trastorno de pánico y la agorafobia
     - 3.1.1. Programas multicomponentes cognitivo-conductuales
     - 3.1.2. Entrenamiento en respiración
     - 3.1.3. Relajación aplicada
     - 3.1.4. Tratamiento por exposición en vivo
     - 3.1.5. Tratamiento por exposición a través de realidad virtual
     - 3.1.6. Inervación vagal
     - 3.1.7. Terapia intensiva focalizada en las sensaciones
     - 3.1.8. Tratamiento cognitivo-conductual de aceptación incrementada para el pánico
   - 3.2. Tratamientos psicológicos para las fobias específicas
     - 3.2.1. Exposición en vivo
     - 3.2.2. Realidad virtual
     - 3.2.3. Tensión
   - 3.3. Tratamientos psicológicos para el trastorno de ansiedad social
     - 3.3.1. Tratamiento por exposición
     - 3.3.2. Programas multicomponentes cognitivo-conductuales
     - 3.3.3. Entrenamiento en habilidades sociales
     - 3.3.4. Técnicas para el abordaje del trastorno de ansiedad social desde el enfoque transdiagnóstico

© CEDE – www.pir.es

3.4. Tratamientos psicológicos para el trastorno de ansiedad generalizada
3.4.1. Programas multicomponentes cognitivo-conductuales
3.4.2. Entrenamiento en manejo de ansiedad
3.4.3. Relajación aplicada
3.4.4. Nuevas aproximaciones

Página 90 **02 04**

TRATAMIENTO TRANSDIAGNÓSTICO DE LOS TRASTORNOS EMOCIONALES

1. Introducción
1.1. Comorbilidad en psicopatología y concepto de transdiagnóstico
1.2. Modelo transdiagnóstico jerárquico de los trastornos emocionales
2. Implicaciones terapéuticas del enfoque transdiagnóstico
2.1. Tratamiento Unificado de Barlow para los trastornos emocionales
2.2. Protocolo transdiagnóstico de McEvoy y Nathan para los trastornos de ansiedad y afectivos
2.3. Proyecto PsicAP
2.4. Protocolo transdiagnóstico de Norton para los trastornos de ansiedad
2.5. F-SET (False Safety Behavior Elimination Therapy)
2.6. MAG (Mixed Anxiety Group)
2.7. Emotion-Regulation

Página 104 **02 05**

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS PARA LA PSICOSIS

1. Introducción
2. Tratamientos Biológicos
3. Tratamientos Psicológicos
3.1. Intervenciones en el nivel de organización de los servicios y de la asistencia
3.1.1. Rehabilitación psicosocial
3.1.2. Gestión de casos
3.1.3. Terapia personal de Hogarty
3.1.4. El modelo de recuperación
3.1.5. Diálogo abierto
3.2. Tratamientos psicológicos con apoyo empírico para la psicosis
3.2.1. Intervenciones familiares psicoeducativas
3.2.2. Entrenamiento en habilidades sociales
3.2.3. Tratamientos cognitivo-conductuales para los delirios y las alucinaciones
3.2.4. Paquetes integrados multimodales
3.2.5. Rehabilitación cognitiva
3.2.6. Psicoeducación para personas vulnerables a la psicosis
3.2.7. Terapia del cumplimiento
3.2.8. Arteterapia
3.2.9. Recomendaciones
3.3. Nuevas aproximaciones en el tratamiento de la psicosis
3.3.1. Terapias contextuales para la psicosis
3.3.2. Enfoques terapéuticos para la mejora de las voces
3.3.3. Las nuevas tecnologías para la recuperación funcional de las personas con psicosis
3.3.4. Prevención en psicosis: estados mentales de alto riesgo
4. Tratamiento según las fases de la esquizofrenia
4.1. Fases precoces de la psicosis: psicosis incipiente
4.1.1. Fase de estado mental de alto riesgo
4.1.2. Fase de primer episodio psicótico
4.1.3. Fase de recuperación tras el primer episodio
4.2. Fases del trastorno de la esquizofrenia
4.2.1. Fase aguda
4.2.2. Fase de estabilización
4.2.3. Fase estable
5. Situaciones especiales
5.1. Trastornos relacionados con el uso de sustancias
5.2. Esquizofrenia y suicidio
5.3. Conducta violenta
5.4. Síntomas depresivos
5.5. Pacientes sin hogar
5.6. Trauma y psicosis

Página 171 **02 06**

TRATAMIENTOS PARA TRASTORNOS RELACIONADOS CON TRAUMAS Y FACTORES DE ESTRÉS

1. Introducción
2. Tratamientos biológicos
2.1. Antidepresivos
2.2. Estabilizadores del ánimo
2.3. Benzodiacepinas
2.4. Antipsicóticos
3. Tratamientos psicológicos
3.1. Tratamientos centrados en el trauma
3.1.1. Terapia de exposición
3.1.2. Terapia cognitiva
3.1.3. EMDR
3.2. Tratamientos no centrados en el trauma
3.2.1. Entrenamiento en inoculación de estrés
3.2.2. Terapia dialéctica conductual
3.2.3. Terapia centrada en el presente
3.2.4. Relajación
3.2.5. Meditación, mindfulness o atención plena
3.3. Otros tratamientos
3.3.1. Terapia de ensayo en imaginación
3.3.2. Debriefing psicológico
3.3.3. En busca de la seguridad
3.3.4. Intervenciones a través de internet

Página 190 **02 07**

TRATAMIENTO TRASTORNOS OBSESIVO-COMPULSIVOS Y RELACIONADOS

1. TOC
   1.1. Tratamiento biológico
   1.2. Tratamiento psicológico
      1.2.1. Exposición con prevención de respuesta (EPR)
      1.2.2. Terapia cognitiva
      1.2.3. Terapia cognitivo-conductual
      1.2.4. Terapia metacognitiva
      1.2.5. Terapia de aceptación y compromiso
      1.2.6. Mindfulness
      1.2.7. Conclusiones
2. Trastorno dismórfico corporal/Acumulación
3. Trastornos por comportamientos repetitivos focalizados en el cuerpo (Tricotilomanía/excoriación)

Página 200 **02 08**

TRATAMIENTOS TRASTORNOS AFECTIVOS

1. Tratamientos para los trastornos depresivos
   1.1. Modelos de atención a la depresión
      1.1.1. El modelo escalonado
      1.1.2. La atención colaborativa
   1.2. Tratamientos biológicos y psicológicos de la depresión
      1.2.1. Tratamientos biológicos
      1.2.2. Tratamientos psicológicos
   1.3. Tratamientos para la conducta suicida
   1.4. Tratamientos para la depresión perinatal
2. Tratamientos de los trastornos bipolares
   2.1. Tratamiento farmacológico
   2.2. Tratamiento psicológico

Página 241 **02 09**

TRATAMIENTO PARA LOS TRASTORNOS DE SÍNTOMAS SOMÁTICOS Y TRASTORNOS RELACIONADOS

1. Introducción
2. Aspectos generales
3. Tratamientos específicos
   3.1. Tratamientos de la hipocondría y/o trastorno de ansiedad por enfermedad
   3.2. Tratamientos del trastorno de conversión y/o síntomas neurológicos funcionales
   3.3. Tratamientos del trastorno facticio
   3.4. Tratamientos del trastorno de somatización
4. Evidencias de los tratamientos
   4.1. Hipocondría y/o trastorno de ansiedad por enfermedad
      4.1.1. Tratamientos psicológicos
      4.1.2. Conclusiones
   4.2. Trastorno de somatización
      4.2.1. Tratamientos psicológicos
      4.2.2. Conclusiones
   4.3. Recomendaciones para el tratamiento de la somatización y la hipocondría

Página 253 **02 10**

TRATAMIENTOS PARA LOS TRASTORNOS DISOCIATIVOS

1. Introducción
2. Aspectos generales
   2.1. Tratamiento orientado por fases
   2.2. Psicoterapia psicodinámica
   2.3. Psicoeducación
3. Tratamientos específicos
   3.1. Tratamientos del trastorno de identidad disociativo
      3.1.1. Modelo de Fine
      3.1.2. Terapia de esquemas
      3.1.3. Terapia cognitivo-analítica
   3.2. Tratamientos del trastorno de despersonalización/desrealización
   3.3. Tratamientos para el trastorno de convulsiones disociativas
4. Evidencias de los tratamientos

Página 263 **02 11**

TRATAMIENTOS PARA LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y DE LA INGESTA DE ALIMENTOS

1. Introducción
2. Aspectos generales
   2.1. Propuestas terapéuticas: consideraciones
   2.2. Guía ministerial
      2.2.1. Medidas médicas (renutrición y consejo nutricional)
      2.2.2. Terapias psicológicas
      2.2.3. Tratamiento farmacológico
3. Tratamientos específicos
   3.1. Tratamientos de la anorexia nerviosa
      3.1.1. Objetivos
      3.1.2. Tratamiento farmacológico
      3.1.3. Tratamiento psicológico
   3.2. Tratamientos de la bulimia nerviosa
      3.2.1. Objetivos
      3.2.2. Tratamiento farmacológico
      3.2.3. Tratamiento psicológico
   3.3. Tratamientos del trastorno de atracones
      3.2.1. Objetivos
      3.2.2. Tratamiento farmacológico
      3.2.3. Tratamiento psicológico
   3.4. Programa de tratamiento propuesto para la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa
   3.5. Hospital de día

© CEDE – www.pir.es

4. Evidencias de los tratamientos
   4.1. Anorexia nerviosa
      4.1.1. Tratamiento psicológico
      4.1.2. Tratamiento farmacológico
   4.2. Bulimia nerviosa
      4.2.1. Tratamiento psicológico
      4.2.2. Tratamiento farmacológico
   4.3. Trastorno de atracones
      4.3.1. Tratamiento psicológico
      4.3.2. Tratamiento farmacológico
   4.4. Recomendaciones para el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos

Página 284 **02 12**

TRATAMIENTOS PARA LAS DISFUNCIONES SEXUALES, TRASTORNOS PARAFÍLICOS Y DISFORIA DE GÉNERO

1. Introducción
2. Tratamientos de las disfunciones sexuales
   2.1. Aspectos generales
      2.1.1. Objetivos de la terapia sexual
      2.1.2. Programa de Masters y Johnson
      2.1.3. Programa de Hawton
      2.1.4. Integración de las terapias sexuales
   2.2. Tratamientos específicos
   2.3. Recomendaciones para el tratamiento de las disfunciones sexuales
3. Tratamientos de los trastornos parafílicos
   3.1. Tratamientos específicos
      3.1.1. Tratamientos farmacológicos
      3.1.2. Tratamientos quirúrgicos
      3.1.3. Tratamientos psicológicos
   3.2. Recomendaciones para el tratamiento psicológicos de los trastornos parafílicos
4. Tratamientos de la disforia de género

Página 295 **02 13**

TRATAMIENTOS PARA LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO-VIGILIA

1. Introducción
2. Tratamientos específicos
   2.1. Tratamientos farmacológicos: las benzodiacepinas
      2.1.1. Efectos hipnóticos de las benzodiacepinas
      2.1.2. Efectos colaterales de las benzodiacepinas
      2.1.3. Efectos residuales de las benzodiacepinas
   2.2. Tratamientos psicológicos: técnicas de modificación de conducta
      2.2.1. Tratamiento conductual de los trastornos de inicio y mantenimiento del sueño (insomnio)
      2.2.2. Tratamiento conductual de los trastornos por somnolencia excesiva
      2.2.3. Tratamiento conductual de los trastornos del ritmo sueño-vigilia
      2.2.4. Tratamiento conductual de las parasomnias
   2.3. Tratamiento psicofisiológico: el bio-feedback
3. Recomendaciones para el tratamiento psicológico de los trastornos del sueño

Página 309 **02 14**

TRATAMIENTO PARA LOS TRASTORNOS DISRUPTIVOS, DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y DE LA CONDUCTA

1. Introducción
2. Aspectos generales
3. Tratamientos específicos
   3.1. Tratamientos de la agresividad
   3.2. Tratamientos de la cleptomanía
   3.3. Tratamientos de la piromanía
4. Evidencias de los tratamientos
   4.1. Cleptomanía
   4.2. Piromanía
   4.3. Trastorno explosivo intermitente
   4.4. Comportamiento sexual compulsivo
   4.5. Compra compulsiva
   4.6. Recomendaciones para el tratamiento de los trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta

Página 320 **02 15**

TRATAMIENTO PARA LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

1. Introducción
2. Aspectos generales
3. Tratamientos específicos
   3.1. Terapia basada en la mentalización
      3.1.1. Introducción
      3.2.2. Características
      3.1.3. Naturaleza multidimensional
      3.1.4. Modos no mentalizadores
      3.1.5. Fases, objetivos y técnicas
   3.2. Terapia cognitivo-analítica
   3.3. Terapia metacognitiva
      3.3.1. Introducción
      3.3.2. Habilidades fundamentales
      3.3.3. Técnicas de mindfulness desapegado
   3.4. Terapia basada en la transferencia
      3.4.1. Introducción
      3.4.2. Enfoques para explicar la patología límite
      3.4.3. La entrevista estructural
      3.4.4. Técnicas
   3.5. Terapia dialéctica conductual
      3.5.1. Introducción
      3.5.2. Descripción
      3.5.3. Habilidades a desarrollar
      3.5.4. Reglas

3.6. Enfoques cognitivos
3.7. Enfoques basados en la corriente interpersonal
3.8. Otras psicoterapias
3.8.1. Psicoterapias individuales
3.8.2. Psicoterapias grupales
3.9. Estrategias de abordaje psicológico
3.10. Tratamiento farmacológico
4. Evidencias de los tratamientos
4.1. Terapia basada en la mentalización
4.2. Terapia basada en la transferencia
4.3. Terapia dialéctica conductual
4.4. Terapia centrada en esquemas
4.5. Otros tratamientos psicológicos especializados
4.6. Recomendaciones para el tratamiento de los trastornos de la personalidad

BIBLIOGRAFÍA COMENTADA
PREGUNTAS PIR DE CONVOCATORIAS ANTERIORES

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

— ABRAMSON, L.Y.; METALSKY, G.Y.; ALLOY, L.Y. (1989) **Hopelessness depression: A theori-based subtype of depression**. Psychological Review, 96, 358-372.
— AJURIAGUERRA, J. DE (1993) **Manual de psiquiatría infantil**. 4ª edición. Masson, Barcelona.
— AKISKAL, H.S. (1983) **Dysthimic disorder: Psychopathology of proposed chronic depressive subtypes**. American Journal of Psychiatric, 137, 1084-1087.
— ALANEN, Y. et al. (2008). **Abordajes psicoterapéuticos de las psicosis esquizofrénicas: historia, desarrollo y perspectivas**. Reino Unido, ISPS.
— ALDAZ, J. y SÁNCHEZ, M. (2005): **Obsesiones y compulsiones.** Síntesis. Madrid.
— ALDAZ, J.A.; VÁZQUEZ, C. (1996) **Esquizofrenia: fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación**. Siglo XXI, Madrid.
— AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA) (1980) **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. 3ª edición (DSM-III). APA, Washington, DC. (Versión española: Masson, Barcelona, 1984).
— AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA) (1987) **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. 3ª edición revisada (DSM-III-R). APA, Washington, DC. (Versión española: Masson, Barcelona, 1988).
— AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA) (1994) **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. 4ª edición (DSM-IV). APA, Washington, DC. (Versión española: Masson, Barcelona, 1996).
— AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA) (2000). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders-4th edition (DSM-IV-TR)**. Washington: APA (versión española: Barcelona: Masson, 2000).
— AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2002). **Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales**. Texto revisado. DSM-IV-TR. Masson. Barcelona.
— AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2013). **DSM-5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. Washington, APA.
— ANTONY, M.M.; BARLOW, D.H. **Fobia específica**. En CABALLO, V. (1997) **Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos** (Vol. 1) Siglo XXI, Madrid.
— ARAOZ, D.L. y col. (1998) **Control del dolor por medio de la hiponosis**. En V. Caballo (1997) **Manual pa-**

© CEDE – www.pir.es

ra el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos (Vol. 2) Siglo XXI, Madrid.
— ASOCIACIÓN MUNDIAL DE PSIQUIATRÍA. **Enseñanza y aprendizaje de la esquizofrenia**. Jansenn-Cilag.
— ASTIN, M.C.; RESICK, P.A. **Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno por estrés postraumático**. En CABALLO, V. (1997) **Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos** (Vol. 1) Siglo XXI, Madrid.
— AVIA, M.D. **Adhesión al tratamiento en el trastorno obsesivo-compulsivo**. En ECHEBURÚA E. (1992) **Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad**. Pirámide, Madrid.
— AYUSO, J.L.; CARULL.A, L.S. (1994) **Manual de psiquiatría**. Vol. I. McGraw-Hill. Madrid.
— AYUSO, J.L.; CARULLA, L.S. (1994) **Manual de psiquiatría**. Vol. II. McGraw-Hill. Madrid.
— BADOS, A. (2001): **Fobia Social.** Síntesis. Madrid.
— BAÑOS, R. (1989) **Esquizofrenia: La contribución de la psicopatología experimental**. Promolibro, Valencia.
— BARLOW, D.H. (1988) **Obsessive-compulsive disorder**. En Barlow D.H. **Anxiety and its disorders. The nature and treatment of anxiety and panic**. Guilford Press, Nueva York.
— BARLOW & DURAN (2001). **Psicopatología** (3 ed). Thomson. Madrid.
— BAS, F.; ANDRÉS, V. (1994) **Terapia cognitivo-conductual de la depresión; un manual de tratamiento**. Fundación Universidad-Empresa, Madrid.
— BAUER, R.; TOBIAS, B.; VALENSTEIN, E. **Amnesic disorders**.
— BECK, A.T. (1976) **Cognitive therapy and the emotional disorders**. International University Press, Nueva York (Versión española: Laboratorios Merck Sharp, Méjico, 1980).
— BECK, FREEMAN y otros (1995) **Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad**. Paidós, Barcelona.
— BEGOÑA, E. **Tratamiento del tabaquismo**. En CABALLO, V. (1998) **Manual para el tratamiento cognitivoconductual de los trastornos psicológicos** (Vol. 2) Siglo XXI, Madrid.
— BELLOCH, A. y FERNÁNDEZ-ÁLVAREZ, H. (2002). **Trastornos de la personalidad**. Guías de intervención. Síntesis: Madrid.
— BELLOCH, SANDÍN y RAMOS (2008). **Manual de psicopatología**. Madrid. McGraw-Hill (vol. 1). Edición revisada.
— BELLOCH, SANDÍN y RAMOS (2008). **Manual de psicopatología**. Madrid. McGraw-Hill (vol. 2). Edición revisada.
— BELLOCH, SANDÍN y RAMOS (2020). **Manual de psicopatología**. Madrid. McGraw-Hill (vols. 1 y 2). Edición revisada.
— BERMEJO PAREJA, F. (1992). **Síndrome orgánico cerebral**. Grupo Aula Médica C.E.A. Madrid.
— BERMEJO, F.; DEL SER, T. (1995). **Demencias. Conceptos actuales**. Díaz de Santos, Madrid.
— BERMEJO, F.; OLAZARÁN, J. (1997). **Diagnóstico diferencial de los síndromes amnésicos**. Jano. Vol LIII. Nº 1224/19. 26 septiembre 1997.
— BERRIOS, G. **Trastornos orgánicos en psiquiatría**. En FUENTENEBRO, F.; VÁZQUEZ, C. (1990). **Psicología médica, psicopatología y psiquiatría**. Interamericana McGraw-Hill, Madrid.
— BIRCHWOOD, M. **Esquizofrenia**. En CABALLO, V.; BUELA-CASAL, G.; CARROBLES, J. (1995). **Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos. Vol. 1. Fundamentos conceptuales; trastornos por ansiedad, afectivos y psicóticos**. Siglo XXI, Madrid
— BIRCHWOOD, M.; TARRIER, N. (1995). **El tratamiento psicológico de la esquizofrenia**. Ariel, Madrid.
— BLANCO, C.; MOREYRA, P.; SÁIZ, J.; IBÁÑEZ, A. **Tratamiento del juego patológico: eficacia e implicaciones conceptuales**. I Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de febrero-15 de marzo 2000. http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa8/conferencias/8-ci-b.htm.
— BOTELLA, C.; MARTÍNEZ, M.P. **Tratamiento cognitivo-conductual de la hipocondría**. En CABALLO, V. (1998). **Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos.** (Vol. 2) Siglo XXI, Madrid.
— BOTELLA, C. y ROBERT, C. **El trastorno obsesivo-compulsivo**. En BELLOCH, A.; SANDÍN, B.; RAMOS, F. (1996). **Manual de psicopatología** (Vol. 2). McGraw-Hill, Madrid.
— BRAVO ORTIZ, Mari Fe (2002). **Psicofarmacología para psicólogos**. Madrid: Síntesis.
— BUCETA, J.M., BUENO, A.M. (1990). **Modificación de Conducta y Salud**. Eudema Universidad. Madrid.
— BUELA-CASAL, G.; NAVARRO HUMANES, J.F. (1990). **Avances en la investigación del Sueño y sus Trastornos**. Siglo XXI, Madrid.
— BUELA-CASAL, G. y SIERRA, J.C. (2001). **Manual de evaluación y tratamientos psicológicos.** Ed: Biblioteca nueva (1ª edición).
— BULBENA, A. **Demencias**. En VALLEJO, J. (1991). **Introducción a la psicopatología y psiquiatría**. 3ª edición. Masson-Salvat, Madrid.
— BULBENA, A. **Paranoia y psicosis delirantes crónicas**. En VALLEJO, J. (1991). **Introducción a la psicopatología y psiquiatría**. 3ª edición. Masson-Salvat, Madrid.
— BUTTERS, N.; DELIS, D. (1995). **Clinical assessment of memory disorders in amnesia and dementia**. Annual Review of Psychology, 46, 493-523.

— CABALLO, V. (2005). **Manual de trastornos de personalidad.** Ed. Síntesis: Madrid.

— CABALLO, V. (2007): **Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Vol. 1. Trastornos por ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos.** Siglo XXI. Madrid.

— CABALLO, V.E.; ANDRÉS, V.; BAS, F. **Fobia social**. En CABALLO, V. (1998). **Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos.** (Vol. 1) Siglo XXI, Madrid.

— CÁCERES, J. (2001). **Parafilias y violación**. Madrid: editorial Síntesis.

— CAINE, E.; GROSSMAN, H.; LYNESS, J. **Delirium, demencia, amnesia, y otros trastornos cognoscitivos y enfermedades mentales debidas a cuadros médicos generales**. En KAPLAN, H.I.; SADOCK, B.J. (1997). **Tratado de psiquiatría**. Inter-Médica. Buenos Aires.

— CARLSON, N. **Trastornos mentales: esquizofrenia y trastornos afectivos**. En CARLSON, N. (1997). **Fisiología de la conducta**. Ariel, Barcelona.

— CARLSON, N.R. (1998). **Fisiología de la Conducta**. Ed. Ariel Neurociencia. Barcelona.

— CARNWATH, T.; MILLER, D. (1989). **Psicoterapia conductual en asistencia primaria: Manual práctico**. Martínez Roca, Barcelona.

— CARROBLES, J.A.; SANZ, A. (1991). **Terapia sexual**. Fundación Universidad-Empresa, Madrid.

— CATHERINE, G. FINE (1998). **Un modelo de terapia cognitiva para el tratamiento del trastorno de identidad disociativo**. En CABALLO, V. (1998). **Manual para el tratamiento cognitivoconductual de los trastornos psicológicos** (Vol. 1) Siglo XXI, Madrid.

— COLODRÓN, A. **Las esquizofrenias (1): historia y aspectos clínicos**. En FUENTENEBRO, F.; VÁZQUEZ, C. (1990). **Psicología médica, psicopatología y psiquiatría**. Interamericana McGraw-Hill, Madrid.

— CRASKE, M.G.; LEWIN, M.R. **Trastorno por pánico**, En CABALLO, V. (1998). **Manual para el tratamiento cognitivoconductual de los trastornos psicológicos** (Vol. 1) Siglo XXI, Madrid.

— CRUZADO, J.A. (1994). **Tratamiento comportamental del trastorno obsesivo-compulsivo**. Master Terapia de Conducta. UNED, Madrid.

— DE PABLO RABASSÓ, J. (1996). **Psicofarmacología y Terapia de Conducta**. Terapia de Conducta y Salud, Fundación Universidad-Empresa, Madrid.

— DEL SER, T.; PEÑA-CASANOVA, J. (1994). **Evaluación neuropsicológica y funcional de la demencia**. J.R. Prous, Barcelona.

— DIGES, M.; PERPIÑÁ, C. **Psicopatología de la memoria**. En BELLOCH, A.; SANDÍN, B.; RAMOS, F. (1996). **Manual de psicopatología**. (Vol. 1) McGraw-Hill, Madrid.

— DUGAS, M.J.; LADOUCEUR, R. **Análisis y tratamiento del trastorno por ansiedad generalizada**. En CABALLO, V. (1998). **Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos** (Vol. 1) Siglo XXI, Madrid.

— ECHEBURÚA, E. (1993). **Evaluación y tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad**. Fundación Universidad-Empresa, Madrid.

— ECHEBURÚA, E. (1992). **Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad**. Pirámide, Madrid.

— ECHEBURÚA, E. (1995). **Evaluación y tratamiento de la fobia social**. Martínez Roca, Madrid.

— ECHEBURÚA, E.; CORRAL, P. (1995). **Trastorno de estrés postraumático**. En BELLOCH, A.; SANDÍN, B.; RAMOS, F. (1996). **Manual de psicopatología** (Vol. 2). McGraw-Hill, Madrid.

— ECHEBURÚA, E. y CORRAL, P. **Tratamiento psicológico de la agorafobia.** En CABALLO, V. (1998). **Manual para el tratamiento cognitivoconductual de los trastornos psicológicos** (Vol. 1) Siglo XXI, Madrid.

— ESPADA SÁNCHEZ, J.P.; OLIVARES RODRÍGUEZ, J.O. y MÉNDEZ CARRILLO, F.X. (coords.) (2005). **Terapia Psicológica. Casos Prácticos**. Madrid: Pirámide.

— ESPERT, R.; NAVARRO, J. **Demencias degenerativas: Enfermedad de Alzheimer**. En CABALLO, V.; BUELACASAL, G.; CARROBLES, J. (1995). **Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos. Vol. 1. Fundamentos conceptuales; trastornos por ansiedad, afectivos y psicóticos**. Siglo XXI, Madrid.

— FERNÁNDEZ, A.F.; TURÓN, G.V. (1998). **Trastornos de la alimentación. Guía básica de tratamiento en anorexia y bulimia**. Barcelona: Masson, S.A.

— FERNÁNDEZ BALLESTEROS, R. (1994). **Evaluación conductual hoy. Un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud**. Pirámide, Madrid.

— FERNÁNDEZ BALLESTEROS, R.; ÍÑIGUEZ, J.; LÓPEZ, M.D. **Trastornos asociados a la vejez**. En VALLEJO, M. (1998). **Manual de terapia de conducta**. Vol. II. Dykinson, Madrid.

— FIRST, M.B., FRANCES, A., PINCUS, H.A. (1996). **DSM IV. Manual de diagnóstico diferencial**. Masson. Barcelona.

— FIRST, M.B.; FRANCES, B. & PINCUS, H.A. (2005). **DSM-IV-TR. Guía de Uso**. Masson. Barcelona.

— FIRST, M.B.; FRANCES, B. & PINCUS, H.A. (2005). **DSM-IV-TR. Manual de diagnóstico diferencial**. Masson. Barcelona.

— FLAHERTY; CHANNON; DAVIS (1991). **Psiquiatría. Diagnóstico y tratamiento**. Editorial Médica Panamericana.

— FOA, E.B.; WILSON, R. (1992). **Venza sus obsesiones**. Robin Book. Madrid.

© CEDE – www.pir.es

— FONSECA, E. (2019). **Tratamientos psicológicos para la psicosis**. Pirámide, Madrid.

— FONSECA, E. (2021). **Manual de tratamientos psicológicos – Adultos.** Pirámide. Madrid.

— FREEMAN, A. y OSTER, C.L. **Terapia cognitiva de la depresión**. En CABALLO, V. (1997). **Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos**. Siglo XXI. Madrid.

— FREESTON, M.H. y LADOUCEUR, R. **Análisis y tratamiento de las obsesiones**. En CABALLO, V. (1997). **Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos**. Siglo XXI. Madrid.

— FRITH, C.D. (1995). **La esquizofrenia: un enfoque neuropsicológico cognitivo**. Ariel, Barcelona.

— FUENTENEBRO, F. (1989). **Esquizofrenia. Monografías de psiquiatría**. Año 1, nº 1.

— FUENTENEBRO, F.; SANTOS, J. **Las esquizofrenias (II): aspectos etiológicos**. En FUENTENEBRO, F.; VÁZQUEZ, C. (1990). **Psicología médica, psicopatología y psiquiatría**. Interamericana McGraw-Hill, Madrid.

— FUENTENEBRO, F.; SANTOS, J. **Estados paranoides**. En FUENTENEBRO, F.; VÁZQUEZ, C. (1990). **Psicología médica, psicopatología y psiquiatría**. Interamericana McGraw-Hill, Madrid.

— FUENTENEBRO, F.; VÁZQUEZ, C. (1990). **Psicología Médica, Psicopatología y Psiquiatría**. Mc Graw-Hill Interamericana, 1990.

— GARCÍA-CAMBA, E. (2001). **Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad**. Masson. Madrid.

— GELDER, M.G.; LÓPEZ-IBOR, J.J. y ANDREASEN, N. (2003). **Tratado de Psiquiatría. Tomo II. Síndromes relacionados con la cultura**. Ed: Ars Médica: Barcelona.

— GOLDSTEIN, A.J.; CHAMBLESS, D.L (1978). **A reanalysis of agorafobia**. Behavior Therapy, 9, 47-59.

— GONZÁLEZ, H.; RAMOS, F. **Las demencias seniles**. En BELLOCH, A.; SANDIN, B.; RAMOS, F. (1995). **Manual de Psicopatología**. McGraw-Hill, Madrid.

— GRAÑA, J.L. **Intervención conductual individual en drogodependencias**. En GRAÑA, J.L. (1994). **Conductas adictivas. Teoría evaluación y tratamiento**. Debate, Madrid.

— GRAÑA, J.L. **Intervención conductual grupal en drogodependencias**. En GRAÑA, J.L. (1994). **Conductas adictivas. Teoría evaluación y tratamiento**. Debate, Madrid.

— GRAÑA, J.L. **Prevención de recaídas en drogodependencias**. En GRAÑA, J.L. (1994). **Conductas adictivas. Teoría evaluación y tratamiento**. Debate, Madrid.

— GRAÑA, J.L. **Intervención conductual familiar en drogodependencias**. En GRAÑA, J.L. (1994). **Conductas adictivas. Teoría evaluación y tratamiento**. Debate, Madrid.

— GRAÑA, J.L.; MUÑOZ, M.J. **Tratamiento cognitivo-conductual de la adicción a la heroína y la cocaína**. En CABALLO, V. (1998). **Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos**, (Vol. 2) Siglo XXI, Madrid.

— GRAU, A. **Trastornos exógenos u orgánicos**. En VALLEJO, J. (1991). **Introducción a la psicopatología y psiquiatría**. 3ª edición. Masson-Salvat, Madrid.

— HALES, R.E.; YUDOFSKY, SC.; TALBOTT, J.A. (1996). **Tratado de Psiquiatría**. 2ª edición. Ancora, Barcelona.

— HALES, R.E. & YUDOFSKY, S.C. (2000). **Sinopsis de Psiquiatría Clínica**. Masson. Barcelona.

— HALES, R.E. y YUDOFSKY, S.C. (2004). **Sinopsis de Psiquiatría Clínica**. Masson: Madrid (3ª edición).

— HEMSLEY, D. **La esquizofrenia: Modelos explicativos**. En BELLOCH, A.; SANDÍN, B.; RAMOS, F. (1996). **Manual de psicopatología**. McGraw-Hill, Madrid.

— IONESCU, S. (1994). **Catorce enfoques de la psicopatología**. Ed: Fondo de cultura económica. México.

— JIMÉNEZ, M.; RAMOS, F. **Las esquizofrenias: Hipótesis psicobiológicas**. En BELLOCH, A.; SANDÍN, B.; RAMOS, F. (1996). **Manual de psicopatología**. McGraw-Hill, Madrid.

— JIMÉNEZ, M.; RAMOS, F.; SANCHÍS, M. **Las esquizofrenias: Aspectos clínicos**. En BELLOCH, A.; SANDÍN, B.; RAMOS, F. (1996). **Manual de psicopatología**. McGraw-Hill, Madrid.

— JUNQUÉ, C. **Envejecimiento, demencias y otros procesos degenerativos**. En JUNQUÉ, C.; BARROSO, J. (1997). **Neuropsicología**. Síntesis, Madrid.

— JUNQUÉ, C.; JURADO, M.A. (1994). **Envejecimiento y demencias**. Martínez Roca. Barcelona.

— JUNQUÉ, C. **La memoria y las amnesias**. En JUNQUÉ, C.; BARROSO, J. (1997). **Neuropsicología**. Síntesis, Madrid.

— KAPLAN, H.; SADOK, B.J. (1989). **Tratado de Psiquiatría**. 2ª edición. Salvat, Barcelona.

— KAPLAN, H.; SADDOK, B.; GREEB, J. **Trastornos Adaptativos**. En Sinopsis de Psiquiatría. Ed. Médica Panamericana. Buenos Aires, 1996.

— KOLB, B.; WHISHAW, I. (1986). **Fundamentos de neuropsicología humana**. Labor, Barcelona.

— KOZAK, M.J.; FOA, E.B.; McCARTHY, P.R. **Obsessive-Compulsive disorder**. En LAST, C.G.; HERSEN, M. (1988). **Handbook of anxiety disorders**. Pergamon Press, Oxford.

— LABRADOR, F.J. (1992). **El estrés. Nuevas técnicas para su control**. Temas de Hoy, Madrid.

— LABRADOR, F.J.; CRESPO, M. (1993). **Estrés y Trastornos psicofisiológicos**. Eudema, Madrid.

— LÁZARO DEL NOGAL, M.; MORA, J. **Estado confusional agudo: Abordaje diagnóstico y orientación terapéutica**. En RIBERA, J.M. (1995). **Manual práctico de psicogeriatría**. Grupo Aula Médica C.E.A., Madrid.

— LEWINSHON, P.M.; GOTLIB, I.H. y HAUTZINGER, M. **Tratamiento conductual de la depresión unipolar**. En CABALLO, V. (1997). **Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos**. Siglo XXI. Madrid.

— LIBERMAN, R. (1993). **Rehabilitación integral del enfermo mental crónico**. Martínez Roca, Barcelona.

— LINEHAM, M. **Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite**. Ed. Paidós.

— LISHMAN, W.A. (1987). **Organic Psychiatry.** Blackwells, Oxford.

— LÓPEZ-POUSA, S.; VILALTA, J.; LLINÁS, J. (1996). **Manual de demencias**. Prous, Barcelona.

— MANUAL CEDE (2005). **Psicología Clínica**. Varios autores.

— MARINO PÉREZ, A.; FERNÁNDEZ, J.R.; FERNÁNDEZ, C. y AMIGO, I. (2008). **Guía de tratamientos psicológicos eficaces II**. Ed: Pirámide: Madrid.

— MILLES, W.; CALAMARI, J.E.; LANGLEY, M. **Habilidades de afrontamiento para la conducta de beber y asesoramiento motivacional sistemático: dos tratamientos cognitivo-conductuales para las personas que tienen problemas con el alcohol**. En CABALLO, V. (1998). **Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos**. (Vol. 2) Siglo XXI, Madrid.

— MILLON, T. (1999). **Trastornos de la Personalidad: Más allá del DSM-IV**. Masson: Barcelona.

— MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (2008). **Guía de práctica clínica sobre trastornos de la conducta alimentaria**. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Médiques de Cataluña.

— MOIZESZOWICZ, J. (1998). **Psicofarmacología Psicodinámica IV**. Paidós, Buenos Aires.

— NORTON, G.R.; DORWARD, J. y COX, B.J. (1986). **Factors associated with panic attacks in nonclinical subjects**. Behavior Therapy, 17, 239-252.

— OBIOLS, J.E.; OBIOLS, J. (1989). **Esquizofrenia**. Martínez Roca, Barcelona.

— OCHOA, E. (1995). **Diagnóstico y evaluación psicológica de la enfermedad de Alzheimer: Estado actual**. Clínica y Salud vol. 6, 3, 237-262.

— ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (1977). **Novena revisión de la clasificación internacional de las enfermedades**. OMS, Madrid.

— ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (1992). **Clasificación internacional de las enfermedades-Décima revisión (CIE-10)**. Madrid: OMS.

— ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (2001). **Clasificación internacional del Funcionamiento, de la discapacidad y de la salud (CIFDM-2)**. Madrid: OMS.

— ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (2019). **Clasificación internacional de las enfermedades. Undécima edición (CIE-11)**. https://icd.who.int/

— PASTOR, M. **Valoración clínica y orientaciones terapéuticas del anciano demenciado**. En RIBERA, J. M. (1995). **Manual práctico de psicogeriatría**. Grupo Aula Médica CEA. Madrid.

— PÉREZ ÁLVAREZ, M. et al. (2008). **Guía de Tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos**. Madrid. Pirámide.

— PÉREZ-SALES, P. **Trastornos adaptativos y reacciones de estrés.** En **Manual de Psiquiatría**. Ed. GlaxoSmithKline: Madrid, 2009.

— PRADOS, J. (2008): **Ansiedad generalizada.** Síntesis. Madrid.

— PUENTE, M. DE LA; LARROY, C.; GUISADO, A. **Esquizofrenia**. En VALLEJO, M. (1998). **Manual de terapia de conducta**. Dykinson, Madrid.

— RAICH, Rosa María (2000). **Trastorno de la imagen corporal: evaluación y tratamiento**. En LAMEIRAS FERNÁNDEZ, María; FAÍLDE GARRIDO, José María: **Trastornos de la conducta alimentaria. Del tratamiento a la prevención**. Universidad de Vigo.

— RAMÍREZ BASCO, M.; THASE, M.E. **Tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos bipolares**. En CABALLO, V. (1997). **Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos**. Siglo XXI, Madrid.

— RODER, V.; BRENNER, H.D.; HODEL, B.; KIENZLE, N. (1996). **Terapia integrada de la esquizofrenia**. Ariel, Barcelona.

— RODRÍGUEZ, A. (1997). **Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos**. Pirámide, Madrid.

— ROSEN, J.C. **Tratamiento Cognitivo-conductual para el trastorno dismórfico corporal**. En CABALLO, V. (1998). **Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos** (Vol. 2). Siglo XXI, Madrid.

— RUIZ VARGAS, J.M. (1987). **Esquizofrenia: un enfoque cognitivo**. Alianza, Madrid.

— SALDAÑA GARCÍA, C. (1994). **Trastornos del comportamiento alimentario.** Fundación Universidad-Empresa, Madrid.

— SALKOVSKIS, P.M. (1989). **Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems**. Behaviour Research and Therapy, 27, 677-682.

— SANDÍN, B. (2003). **El estrés psicosocial**. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.

© CEDE – www.pir.es

— SANDÍN, B.; CHOROT, P. (1995). **Concepto y categorización de los trastornos de ansiedad**. En BELLOCH, A.; SANDÍN, B.; RAMOS, F. (1996). **Manual de psicopatología**. (Vol. 2) McGraw-Hill, Madrid.

— SANDIN, B. y CHOROT, P. (1995). **Síndromes clínicos de la ansiedad**. En BELLOCH, A.; SANDÍN, B.; RAMOS, F. (1996). **Manual de psicopatología**. (Vol. 2) McGraw-Hill, Madrid.

— SANZ, J.; VAZQUEZ, C. (1995). **Trastornos del estado de ánimo: Teorías psicológicas**. En BELLOCH, A.; SANDÍN, B.; RAMOS, F. (1996). **Manual de psicopatología**. McGraw-Hill, Madrid.

— SERRALLONGA, J. **Esquizofrenia**. En VALLEJO, J. (1991). **Introducción a la psicopatología y la psiquiatría**. 3ª edición. Masson-Salvat, Madrid.

— SIMÓN, M.A. (1999). **Manual de Psicología de la Salud. Fundamentos, metodología y aplicaciones**. Biblioteca Nueva. Madrid.

— SOSA, C. y CAPAFÓNS, J. (2005): **Estrés postraumático.** Síntesis. Madrid.

— SPITZER, M. **Ideas delirantes**. En CABALLO, V.; BUELA-CASAL, G.; CARROBLES, J. (1995). **Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos. Vol 1. Fundamentos conceptuales; trastornos por ansiedad, afectivos y psicóticos**. Siglo XXI, Madrid.

— TORO, J.; VILARDELL, E. (1987). **Anorexia Nerviosa**. Martínez Roca, Barcelona.

— VALLEJO, J. (1991). **Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría**. Masson-Salvat, Barcelona.

— VALLEJO, M.A. (2016). **Manual de Terapia de Conducta (Vols. I y II)**. Madrid: Dykinson.

— VANDEREYCKEN, W.; CASTRO, J.; VANDERLINDEN, J. (1991). **Anorexia y Bulimia. La familia en su génesis y tratamiento**. Martínez Roca, Barcelona.

— VARGAS, J. (1994). **La memoria humana**. Alianza, Madrid.

— VÁZQUEZ, C.; SANZ, J. **Trastornos del estado de ánimo: Aspectos clínicos**. En BELLOCH, A.; SANDÍN, B.; RAMOS, F. (1996). **Manual de psicopatología**. (Vol. 2) McGraw-Hill, Madrid.

02.03 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS PARA LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

ORIENTACIONES

El tratamiento de la ansiedad ha sido objeto de pregunta de examen en prácticamente todas las convocatorias PIR. Las preguntas están distribuidas por todas las categorías diagnósticas, siendo el grupo de las fobias específicas el más preguntado, seguido del tratamiento del pánico y agorafobia, el trastorno de ansiedad social y el TAG. Los programas cognitivo-conductuales y la terapia de exposición como componente principal de dichos programas han sido las líneas terapéuticas más preguntadas en el examen, tanto acerca de sus características como de su eficacia. También nos encontramos un número significativo de preguntas acerca de los tratamientos farmacológicos, especialmente respecto a su eficacia aislada o combinada con los tratamientos psicológicos. Se hace imprescindible tener una visión actualizada acerca de los datos sobre la eficacia de las diferentes líneas terapéuticas recogidos en las guías clínicas y manuales de tratamiento más recientes, como el Manual de Terapia de Conducta de Vallejo (2016) o el Manual de Tratamientos Psicológicos de Fonseca (2021).

ASPECTOS ESENCIALES

1. El tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad ha demostrado superioridad de resultados a largo plazo con menor tasa de recaídas y mejor relación coste-efectividad en comparación con el tratamiento farmacológico.
2. La terapia cognitivo-conductual se considera el tratamiento psicológico de elección en los trastornos de ansiedad por las principales guías clínicas. Los protocolos típicos incluyen: psicoeducación, relajación, exposición, reestructuración cognitiva y prevención en recaídas.
3. Los dos programas considerados como tratamientos bien establecidos para el trastorno de pánico son el Programa de Tratamiento del Control del Pánico de Barlow y el Programa de Terapia Cognitiva de Clark.
4. La exposición y la terapia cognitivo-conductual basada en la exposición son tratamientos bien establecidos para la fobia específica.
5. Los tratamientos empíricamente validados para la ansiedad social se centran en las estrategias cognitivas y conductuales, especialmente en las técnicas de exposición, terapia cognitiva y entrenamiento en habilidades sociales.
6. Los dos focos principales del tratamiento del TAG suelen ser las preocupaciones excesivas e incontrolables y la sobreactivación acompañante. Entre los principales programas de tratamiento cognitivo-conductual destacan el de Dugas, el de Borkovec, el de Wells y el de Barlow.

PREGUNTAS REPRESENTATIVAS

142. Respecto del programa de tratamiento de control del Pánico del grupo de Barlow, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?:

1) La Exposición con Prevención de Respuesta solo debe aplicarse si existe un Trastorno obsesivo comórbido.
2) El elemento principal es la combinación de técnicas psicológicas como la Reestructuración Cognitiva junto con el tratamiento farmacológico.

3) El trabajo cognitivo de identificar y retar las interpretaciones erróneas es el componente principal de este programa.
4) El hecho de exponer al paciente de forma sistematizada a sensaciones interoceptivas similares a las que experimenta en sus ataques de pánico tiene una importancia central en este programa.

PIR 16, RC 4 (también en PIR 20 –168–).

44. En el programa de tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada del grupo de Dugas, ¿cuándo se emplea la exposición funcional cognitiva?:

1) Ante preocupaciones que se refieren a acontecimientos basados en la realidad o altamente probables.
2) Ante preocupaciones que se refieren a acontecimientos altamente improbables.
3) Ante preocupaciones que se refieren a acontecimientos modificables.
4) Ante preocupaciones sobre la generación de soluciones alternativas.

PIR 19, RC 2.

167. Señale cuál de las siguientes técnicas derivada de los modelos teóricos cognitivo-conductuales del trastorno de ansiedad social (fobia social) (Clark y Wells, 1995; Rapee y Heimberg, 1997; Wells y Clark, 1997) se dirige a la corrección de la imagen distorsionada de la propia ejecución en las situaciones sociales que suelen presentar muchos pacientes que sufren este problema:

1) Técnica de reestructuración de imágenes.
2) Técnica de vídeo-feedback.
3) Técnica de cambio de foco atencional.
4) Técnica de autocompasión.

PIR 20, RC 2.

© CEDE – www.pir.es

02.03 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS PARA LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

1. Introducción
2. Tratamientos Biológicos
   - 2.1. Tratamientos farmacológicos para el trastorno de pánico y la agorafobia
   - 2.2. Tratamientos farmacológicos para las fobias específicas
   - 2.3. Tratamientos farmacológicos para el trastorno de ansiedad social
   - 2.4. Tratamientos farmacológicos para el trastorno de ansiedad generalizada
3. Tratamientos Psicológicos
   - 3.1. Tratamientos psicológicos para el trastorno de pánico y la agorafobia
     - 3.1.1. Programas multicomponentes cognitivo-conductuales
     - 3.1.2. Entrenamiento en respiración
     - 3.1.3. Relajación aplicada
     - 3.1.4. Tratamiento por exposición en vivo
     - 3.1.5. Tratamiento por exposición a través de realidad virtual
     - 3.1.6. Inervación vagal
     - 3.1.7. Terapia intensiva focalizada en las sensaciones
     - 3.1.8. Tratamiento cognitivo-conductual de aceptación incrementada para el pánico
   - 3.2. Tratamientos psicológicos para las fobias específicas
     - 3.2.1. Exposición en vivo
     - 3.2.2. Realidad virtual
     - 3.2.3. Tensión
   - 3.3. Tratamientos psicológicos para el trastorno de ansiedad social
     - 3.3.1. Tratamiento por exposición
     - 3.3.2. Programas multicomponentes cognitivo-conductuales
     - 3.3.3. Entrenamiento en habilidades sociales
     - 3.3.4. Técnicas para el abordaje del trastorno de ansiedad social desde el enfoque transdiagnóstico
   - 3.4. Tratamientos psicológicos para el trastorno de ansiedad generalizada
     - 3.4.1. Programas multicomponentes cognitivo-conductuales
     - 3.4.2. Entrenamiento en manejo de ansiedad
     - 3.4.3. Relajación aplicada
     - 3.4.4. Nuevas aproximaciones

1. INTRODUCCIÓN

Las formas de tratamiento más comunes para los trastornos de ansiedad son las terapias psicológicas, sobre todo de tipo cognitivo-conductual, y el tratamiento farmacológico. Ambas modalidades han probado su eficacia para el tratamiento de este tipo de trastornos. Sin embargo, el tratamiento psicológico ha demostrado tener ciertas ventajas en comparación con el tratamiento farmacológico. Entre ellas, cierta superioridad de resultados a largo plazo con menor tasa de recaídas y mejor relación coste-efectividad (Fonseca, 2021).

2. TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS

2.1. TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS PARA EL TRASTORNO DE PÁNICO Y LA AGORAFOBIA

La Guía de tratamientos eficaces de M. Pérez (2010) separa el tratamiento del trastorno de pánico y el de la agorafobia. De este modo, considera que la farmacoterapia es una intervención con un nivel de **eficacia tipo 2** para el tratamiento del **trastorno de pánico** (probablemente eficaz), mientras que en el caso de la **agorafobia** considera que el tratamiento farmacológico ha demostrado un nivel de **eficacia tipo 1** (tratamiento bien establecido).

Por su parte, la Guía de Práctica Clínica del Ministerio de Sanidad para el para el manejo de pacientes con trastorno de ansiedad en Atención Primaria (2008) hace consideraciones para el abordaje del trastorno de pánico y la agorafobia sin discriminar entre ambos trastornos. En este sentido, esta Guía de Práctica Clínica recomienda el uso de fármacos antidepresivos inhibidores de la recaptación de la serotonina (ISRS) como tratamiento farmacológico de elección para el trastorno de pánico. Si la respuesta a dosis óptimas de ISRS es inadecuada o no es bien tolerado, propone cambiar a otro ISRS. Si no hay mejoría tras 8-12 semanas recomienda considerar otro fármaco con diferente mecanismo de acción: antidepresivos inhibidores de la recaptación de la serotonina y noradrenalina (ISRN) o antipresivos tricíclicos (ADT). En cuanto al empleo de benzodiacepinas (BZD), se recomiendan pero sólo para su utilización a corto plazo (no más de 4 semanas) y cuando sea crucial el control rápido de los síntomas o hasta la respuesta a los antidepresivos o al tratamiento psicológico.

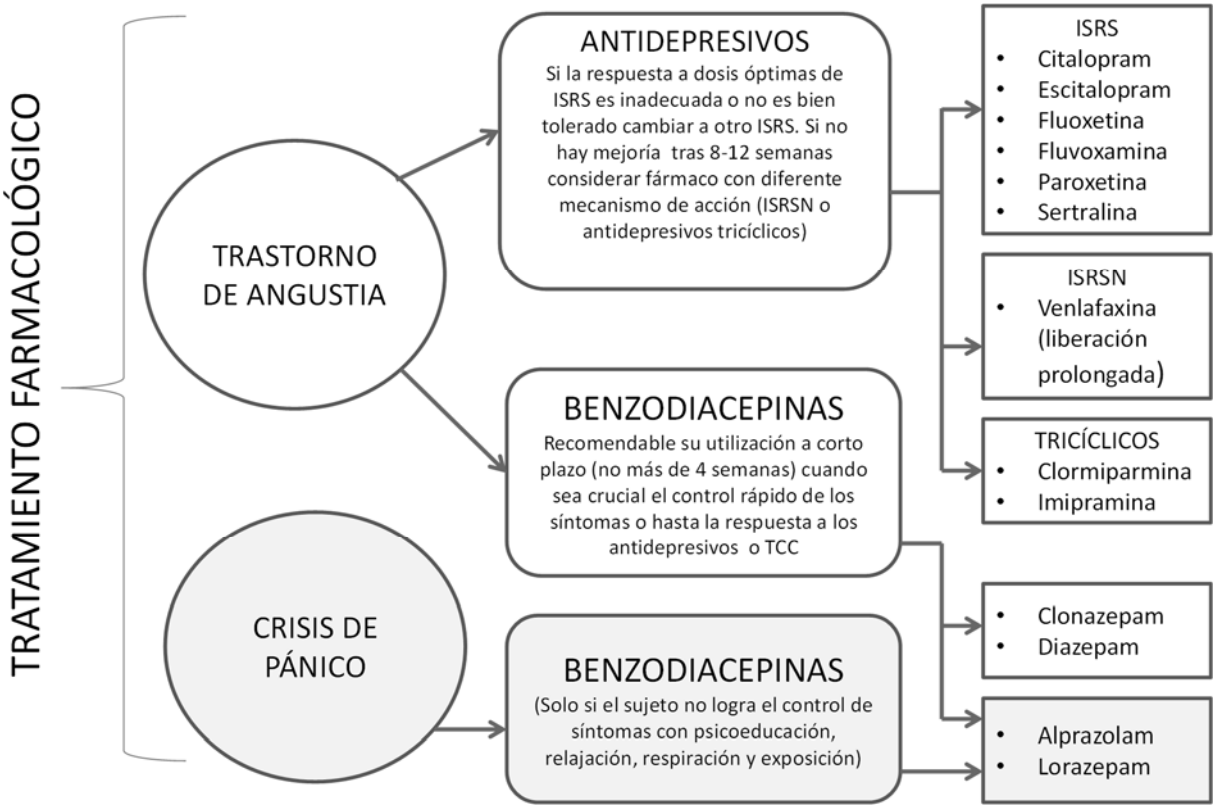
Respecto al tratamiento combinado de terapia psicológica y tratamiento farmacológico, esta Guía de Práctica Clínica del Ministerio de Sanidad (2008) hace las siguientes consideraciones:

– Se recomienda la combinación de la terapia cognitivo-conductual y antidepresivos de acuerdo a las preferencias del paciente.

– El tratamiento con antidepresivos solos no se debe recomendar como el tratamiento de primera línea, cuando estén disponibles los recursos apropiados para poder realizar la terapia cognitivo-conductual.

– En el tratamiento a largo plazo, si se añade medicación antidepresiva a la terapia cognitivo-conductual, es necesario comprobar que no se interfiera en los efectos beneficiosos de la terapia cognitivo-conductual sola.

Por último, al tratarse de guía de práctica clínica orientada a la Atención Primaria donde acuden muchos pacientes con crisis de pánico aisladas que no cumplen criterios de ningún trastorno de ansiedad también se llevan a cabo recomendaciones sobre cómo manejar esta situación. Considera que el tratamiento farmacológico de elección en esos casos es el uso de benzodiacepinas pero sólo si el sujeto no logra el control de síntomas con psicoeducación, relajación, respiración y exposición.



2.2. TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS PARA LAS FOBIAS ESPECÍFICAS

Si bien los fármacos no se consideran eficaces **(PIR 13, 153)**, se emplean de manera puntual las benzodiacepinas y los betabloqueantes como complemento a la exposición **(PIR 11, 128)**.

Los últimos estudios muestran que la d-cicloserina, un antibiótico utilizado para el tratamiento de la tuberculosis, puede mejorar la exposición **(PIR 13, 152)**.

2.3. TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS PARA EL TRASTORNO DE ANSIEDAD SOCIAL

Los fármacos más utilizados han sido los IMAO (fenelcina, moclobemida) y recientemente se usan los ISRS cuando se trata de fobia social generalizada. Los betabloqueantes se emplean para la ansiedad de rendimiento (por ejemplo, hablar en público). Estos fármacos no actúan como las BZD sino que son antagonistas de los receptores beta de adrenalina. Así, disminuyen las respuestas autonómicas características de una crisis de ansiedad.

En general, estos fármacos ofrecen resultados terapéuticos importantes pero en menor medida que el tratamiento psicológico y tienen una mayor tasa de recaída cuando se retira el tratamiento.

Su uso está justificado a corto plazo para resolver aquellas situaciones de crisis o cuando hay sintomatología depresiva y así facilitar el tratamiento psicológico como puede ser la exposición a las situaciones temidas.

La Guía de tratamientos eficaces de M. Pérez (2010) considera que la combinación del tratamiento farmacológico con programas multicomponentes cognitivo-conductuales lleva asociada un nivel de eficacia tipo 2 (probablemente eficaz) para la fobia social.

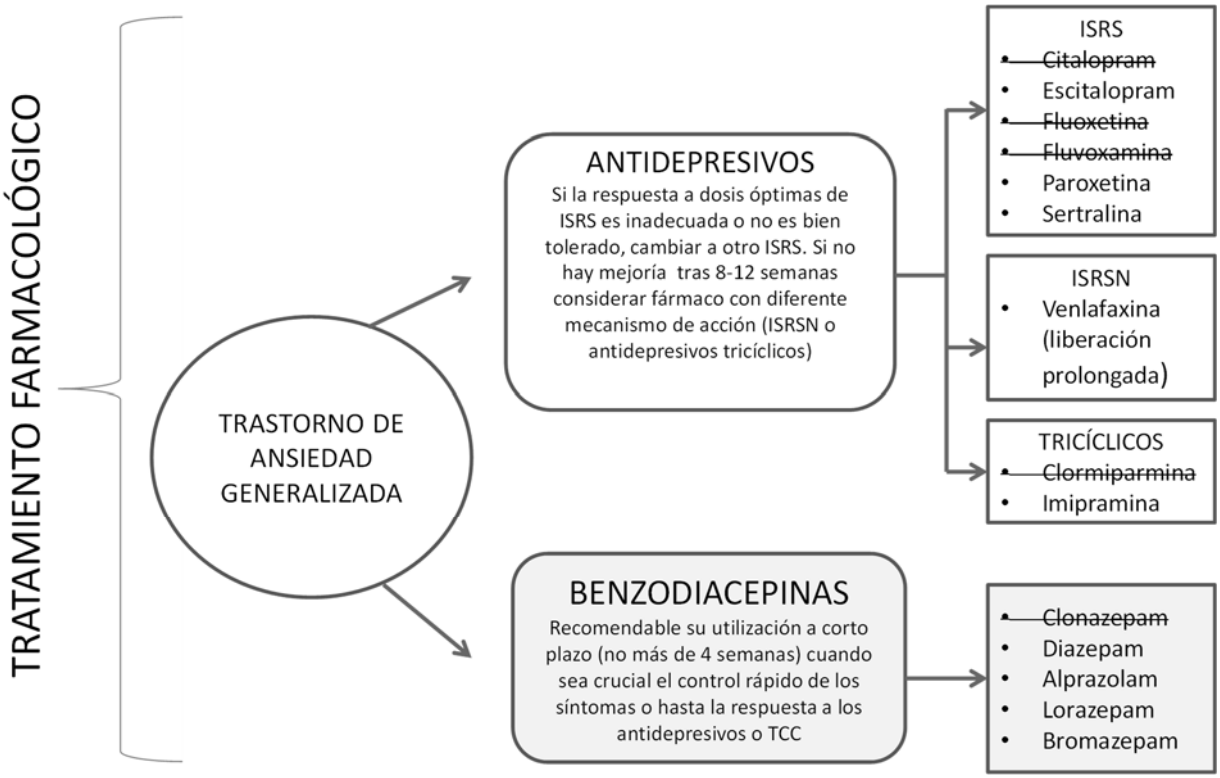
Como dato de interés, se ha encontrado que los tratamientos efectivos, tanto farmacológicos como psicológicos producen los mismos cambios cerebrales a nivel del hipocampo, amígdala y otras áreas del cerebro cercanas.

2.4. TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS PARA EL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

La Guía de tratamientos eficaces de M. Pérez (2010) considera que aunque la farmacoterapia alcanza el estatus de tratamiento bien establecido (nivel de **eficacia tipo 1**) para el TAG, no puede constituir un tratamiento de elección a la hora de obtener efectos a largo plazo y libre de riesgos dado su perfil de efectos secundarios.

Por su parte, la Guía de Práctica Clínica del Ministerio de Sanidad recomienda el uso de fármacos antidepresivos como tratamiento farmacológicos de elección para el TAG. Como antidepresivos a utilizar, se recomiendan los ISRS (paroxetina, sertralina o escitalopram), los ISRN (venlafaxina de liberación prolongada) y los ADT (imipramina). De forma genérica se recomienda emplear un ISRS y si la respuesta a dosis óptimas de ISRS es inadecuada o no es bien tolerado, propone cambiar a otro ISRS. Si no hay mejoría tras 8-12 semanas recomienda considerar otro fármaco con diferente mecanismo de acción (ISRN o ADT).

En cuanto al uso de benzodiacepinas, se recomiendan pero sólo para su utilización a corto plazo (no más de 4 semanas) y cuando sea crucial el control rápido de los síntomas o hasta la respuesta a los antidepresivos o al tratamiento psicológico. Como benzodiacepinas a utilizar se recomiendan alprazolam, bromazepam, lorazepam y diazepam.



Nota: Aparecen tachados aquellos fármacos que se incluían entre los tratamientos recomendados para el trastorno de pánico que no se recomiendan en el abordaje del TAG.

No obstante, los riesgos de dependencia y sedación de las BZD han motivado la búsqueda de fármacos más seguros. Recientemente se trabaja con el grupo de las azaspirodecanodionas, agonistas de los receptores de serotonina, con efectos ansiolíticos y antidepresivos; la **buspirona** es el más estudiado, careciendo de efectos sedantes, miorrelajantes y anticonvulsivos. No interacciona con el alcohol u otros depresores, ni produce dependencia física. La Guía de Práctica Clínica del Ministerio de Sanidad (2008) señala que la buspirona parece ser útil para el tratamiento del TAG y superior al placebo a corto plazo (sobre todo si los pacientes no han tomado BZD antes). Sin embargo, especifica que no es posible concluir si la buspirona resulta superior a las BZD, los antidepresivos y la psicoterapia, por lo que es necesario realizar más estudios para poder establecer conclusiones acerca de su eficacia a largo plazo. Aunque tiene aprobada su indicación para el TAG, en España su uso es muy limitado.

Evolución de las tendencias de tratamiento psicofarmacológico del TAG	
Década	**Fármacos de primera elección**
1981-1990	Benzodiacepinas
1991-2000	Buspirona
2001-2010	Antidepresivos
Actualidad	ISRS (paroxetina, sertralina o escitalopram) e ISRN (venlafaxina de liberación prolongada) Restricción del uso de benzodiacepinas

3. TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

Según Fonseca (2021), la terapia cognitivo-conductual (TCC) se considera el tratamiento de elección en los trastornos de ansiedad por las principales guías clínicas, tal y como se recoge en la siguiente tabla:

NIVELES DE EFICACIA Y GRADOS DE RECOMENDACIÓN PARA LAS INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS EN LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD (Fonseca, 2021)			
Trastorno	**Tratamiento**	**Nivel de evidencia**	**Grado de recomendación**
TAG	TCC	1++	A
	Relajación aplicada	1+	A
	Psicoeducación	1+	A
	Terapia de autoayuda	3	D
	Mindfulness	3	D
Trastorno de pánico	TCC	1++	A
	TCC computarizada	1+	A
	Terapia de autoayuda	1+	A
	Terapia conductual	1+	A
	Relajación aplicada	2++	B
	Terapia psicodinámica	2+	C
	ACT	2+	C
	Terapia cognitiva	2+	C
	Mindfulness	2+	C
	Psicoeducación	2+	C
	Terapia de apoyo	2+	C
Trastorno de ansiedad social	TCC	1++	A
	Terapia de exposición	1+	A
	Terapia de autoayuda	1+	A
	Entrenamiento en habilidades sociales	1+	A
	Terapia psicodinámica	1-	B
	Terapia interpersonal	2+	C
	ACT	3	D
Fobia específica	TCC basada en la exposición	1++	A
	Exposición	1++	A
	Terapia de autoayuda	1+	A

1++: Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con poco riesgo de sesgo.
1+: Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgo.
1-: Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con alto riesgo de sesgo.
2++: Revisiones sistemáticas de cohortes o de casos y controles o estudios de pruebas diagnósticas de alta calidad, estudios de cohortes o de casos y controles de pruebas diagnósticas de alta calidad con riesgo muy bajo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer relación causal.
2+: Estudios de cohortes o de casos y controles o estudios de pruebas diagnósticas bien realizadas con bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer relación causal.
3: Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos.
A: Nivel de evidencia 1 sin extrapolación..
B: Nivel de evidencia 2++. Extrapolación de evidencia del nivel 1
C: Nivel de evidencia 2+. Extrapolación de evidencia del nivel 2++.
D: Nivel de evidencia 3 o 4. Extrapolación de evidencia del nivel 2+.

Fonseca (2021) describe algunas de las terapias psicológicas para los trastornos de ansiedad con mayor apoyo empírico, clasificándolas en: terapias conductuales, terapias cognitivas, terapia cognitivo-conductual, terapia metacognitiva, terapias contextuales, biofeedback y neurofeedback.

© CEDE – www.pir.es

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS PARA LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD (Fonseca, 2021)		
Tratamiento		**Características**
Terapias conductuales	Entrenamiento en relajación	Ha demostrado ser una opción de tratamiento válida para muchos trastornos de ansiedad tanto de manera independiente como combinado con otras técnicas; especialmente para el TAG y el trastorno de pánico, aunque no están claros los mecanismos por los que resulta eficaz. Su eficacia parece ser menor que la de la TCC.
	Exposición	No existe un único modelo teórico que explique los procesos mediadores que producen el cambio durante la exposición.
	Entrenamiento en habilidades sociales	Incluye técnicas como: ensayo conductual reforzado, modelado y tareas para casa.
Terapia cognitiva	Reestructuración cognitiva	No existen muchos estudios que utilicen la técnica en solitario, sino que se suele incluir como un componente de la TCC.
Terapia cognitivo-conductual (TCC)		Se considera el tratamiento de lección en los trastornos de ansiedad por las principales guías clínicas. Los protocolos típicos incluyen: psicoeducación, relajación, exposición, reestructuración cognitiva y prevención en recaídas. Las tasas de respuesta al tratamiento en el postratamiento con TCC es de en torno al 50% para los trastornos de ansiedad.
Terapia metacognitiva		Basada en un modelo transdiagnóstico que propone que el mantenimiento de la psicopatología está relacionado con los estilos inflexibles de pensamiento (preocupación, rumiación y atención orientada a la amenaza) así como estrategias de afrontamiento y autorregulación ineficaces (evitación y supresión de pensamiento). El foco está en los estilos de pensamiento en lugar de en el contenido (como hace la TCC). Los resultados de investigación apoyan su eficacia en el tratamiento de los trastornos de ansiedad.

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS PARA LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD (Fonseca, 2021)		
Tratamiento		**Características**
Terapias contextuales	ACT	Su objetivo terapéutico es el desarrollo de la flexibilidad psicológica.
	Mindfulness	Aunque los resultados inciales son prometedores es necesario acumular más evidencia en cuanto a su eficacia.
Biofeedback y neurofeedback		No hay una clara ventaja del biofeedback cuando se compara con tratamientos activos. Su uso no puede estar indicado para el tratamiento de los trastornos de ansiedad, salvo después de agotar otros recursos terapéuticos.

3.1. TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS PARA EL TRASTORNO DE PÁNICO Y LA AGORAFOBIA

En los estudios realizados sobre el tratamiento psicológico del pánico se ha encontrado una superioridad en los tratamientos multicomponentes cognitivo-conductuales. Estos tratamientos suelen incorporar el entrenamiento en respiración, la relajación aplicada, las técnicas de inervación vagal, la reestructuración cognitiva y la exposición a las sensaciones corporales temidas **(PIR 14, 198)**.

La exposición en vivo se había considerado como la intervención principal para los casos de pánico y agorafobia. Hasta los años 90 se pensaba que actuaba tanto sobre la respuesta de evitación como sobre la respuesta emocional de miedo condicionado. Los resultados si bien apoyaban su eficacia para disminuir de forma significativa las respuestas de evitación (entre el 60-70% de los casos), mostraban que no afectaba de forma similar al miedo condicionado y los pacientes seguían presentando un importante nivel de ansiedad y ataques de pánico.

Esto condujo a replantearse la cuestión y, en la actualidad, hay un acuerdo en plantear que el tratamiento no debe restringirse a la exposición, sino a programas de tratamiento dentro del marco de la terapia cognitivo-conductual.

3.1.1. Programas multicomponentes cognitivo-conductuales para el pánico y la agorafobia

Los programas de tratamientos cognitivo-conductuales cuentan con una serie de componentes:

- Componente educativo, donde se informa de qué es la ansiedad y el pánico.
- Exposición en alguna de sus vertientes a los estímulos internos, externos o a ambos.

• Reestructuración cognitiva.
• Entrenamiento en relajación y/o habilidades de afrontamiento.

Hay dos programas multicomponentes cognitivo-conductuales que son considerados en las principales guías de práctica clínica como tratamientos bien establecidos para el trastorno de pánico: el Programa de Tratamiento del Control del Pánico (TCP) de Barlow y el Programa de Terapia Cognitiva (TC) de Clark y Salkovskis. Ambos programas en la práctica resultan casi iguales. La diferencia está en que el de Barlow pone el énfasis en las sensaciones interoceptivas mientras que el grupo de Clark se enfoca mayormente en el componente cognitivo **(PIR 12, 166; PIR 18, 154; PIR 20, 168)**.

3.1.1.1. **Programa de Tratamiento del Control del Pánico (TCP)**

Este programa elaborado por el grupo de David **Barlow** considera la exposición en vivo a las sensaciones interoceptivas como el elemento central de la intervención.

El programa incluye varios componentes:

a) **Componente psicoeducativo:** En el que se explica al paciente qué es el trastorno de pánico y cómo se produce, cómo se registran las crisis de pánico y el círculo vicioso del pánico **(PIR 15, 133)**.

b) **Exposición en vivo a las sensaciones interoceptivas** (a sensaciones similares a las que experimenta en los ataques de pánico) **(PIR 10, 184; PIR 11, 129, 216; PIR 13, 232; PIR 16, 142)**. El objetivo de la exposición interoceptiva, lo mismo que en el caso de la exposición a los estímulos fóbicos externos, consiste en debilitar la asociación entre las señales corporales específicas y las reacciones de pánico. La base teórica de la exposición interoceptiva es la extinción del temor, teniendo en cuenta el planteamiento de los ataques de pánico como alarmas aprendidas o condicionadas ante determinadas señales corporales, de acuerdo a la explicación que del trastorno nos ofrece Barlow. La exposición se lleva a cabo por procedimientos que provocan de manera fiable sensaciones similares a las del pánico, como ejercicios cardiovasculares, inhalaciones de dióxido de carbono, girar en una silla y la hiperventilación. Los ejercicios se repiten varias veces aumentando su duración de manera progresiva, dejando intervalos de tiempo entre ensayos hasta que la ansiedad se reduzca de manera significativa. Los tratamientos que combinan exposición interoceptiva más técnicas cognitivas se han demostrado eficaces en la reducción de la frecuencia de ataques.

c) **Reestructuración cognitiva:** Dirigida a modificar las creencias erróneas sobre el pánico y la ansiedad, la sobreestimación de la amenaza y el peligro que suponen los ataques de pánico **(PIR 14, 197)**.

d) **Entrenamiento en respiración y/o relajación:** Con el fin de dar al paciente una estrategia que disminuyan las manifestaciones de la ansiedad. En las últimas versiones del programa (Barlow y Craske, 2007) se introdujo el re-entrenamiento en respiración, sustituyendo al entrenamiento en relajación progresiva que se había mostrado menos útil que otros procedimientos del programa **(PIR 19, 42)**. Este re-entrenamiento en respiración está dirigido a ayudar al paciente a prevenir y modular el pánico, induciendo un patrón de respiración que estos pacientes describen en una buena parte de los casos

e) **Tareas para Casa:** Donde el paciente ha de exponerse a las situaciones que le producen miedo tanto las sensaciones internas como a las situaciones externas si además del pánico existe agorafobia. Esta exposición es jerarquizada y planificada en las sesiones y utilizando las habilidades aprendidas previamente.

3.1.1.2. **Programa de Terapia Cognitiva (TC)**

Programa del grupo de David **Clark** y Paul **Salkovskis**. Han basado su programa en la explicación teórica del trastorno de pánico desarrollado por Beck. Modelo que plantea que la persona que sufre ataques de pánico recurrentes tiene una tendencia a interpretar de forma errónea y catastrófica las sensaciones corporales que experimenta. La interpretación de dichas sensaciones produce un aumento de la ansiedad que a su vez aumenta las sensaciones físicas iniciales, generándose así un círculo vicioso que acaba desembocando en el ataque de pánico.

Sus componentes principales están dirigidos a ayudar a la persona a identificar, poner a prueba y modificar las creencias erróneas por otras más realistas.

a) **Componente psicoeducativo:** Se ocupa de explicar al paciente lo que ocurre en los ataques de pánico. Se ponen ejemplos del Círculo Vicioso del ataque de pánico (Sensación-Interpretación). Se le pregunta al paciente sobre los pensamientos y sentimientos ayudándole a identificar el círculo vicioso.

b) **Reestructuración cognitiva:** En el que se identifican y se retan las interpretaciones sesgadas. Se introduce el cambio de pensamientos y se explica la forma en que la atención al cuerpo, la evitación y las imágenes mentales pueden mantener las interpretaciones negativas sobre las sensacio-

nes del cuerpo. Centrándose en los peores temores del paciente sobre las sensaciones que experimenta en los ataques y les ayudan a generar explicaciones alternativas, no catastróficas de las sensaciones. La aplicación de estas técnicas al pánico proviene de la generalización del modelo de Beck a otras patologías distintas de la depresión. El tratamiento consiste en corregir las evaluaciones erróneas y amenazantes que las personas afectadas por el pánico realizan acerca de sus sensaciones.

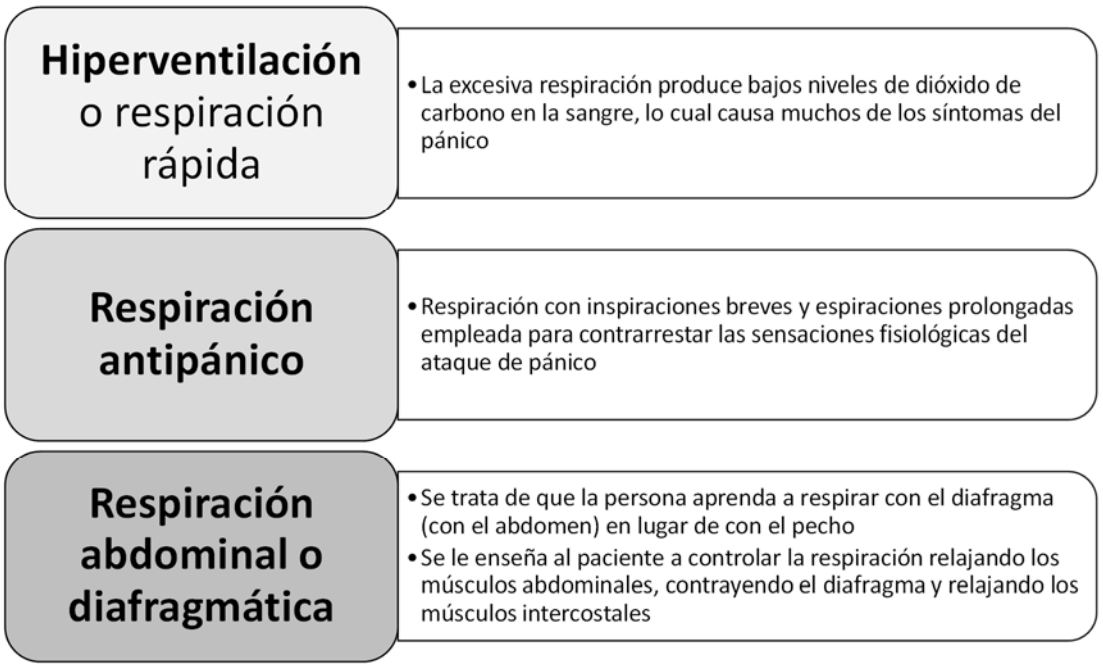
c) **Procedimientos comportamentales:** Inducción de las sensaciones temidas por medio de pequeños "experimentos conductuales" mediante, por ejemplo, la hiperventilación, la focalización de la atención o la lectura de palabras amenazantes. Tales experimentos tienen el objetivo de ayudar a la persona a entender cómo pueden generarse las sensaciones corporales **(PIR 11, 130, PIR 14, 199)**.

d) **Recomendaciones para abandonar "Conductas de Seguridad":** El paciente tiende a realizar ciertas conductas para contrarrestar las sensaciones corporales y evitar la catástrofe que anticipa (por ejemplo, llevar un amuleto, beber un vaso de agua). Se explica cómo interfieren el cambio cognitivo, ya que reducen la ansiedad, pero permiten mantener las creencias distorsionadas (actuarían de forma similar a las compulsiones), y se ayuda al paciente a identificar sus propias conductas de seguridad.

e) **Tareas para Casa:** Consistentes en registrar diariamente los ataques de pánico, los pensamientos negativos y las posibles alternativas racionales. Realizar entrenamiento en respiración, experimentos conductuales donde el sujeto se expone a las situaciones temidas y abandona las conductas de seguridad.

3.1.2. **Entrenamiento en respiración**

Es una de las técnicas de relajación más empleadas en el pánico y consiste en adiestrar al sujeto en la realización de una respiración lenta y diafragmática, fomentando las inspiraciones breves y la espiraciones largas **(PIR 08, 131)** dado que el 60% de los sujetos con ataques de pánico describen que los síntomas de hiperventilación son muy similares a los síntomas de los ataques. No está muy claro si las mejoras halladas con este tratamiento se deben al control de la respiración en sí, o bien a estrategias distractoras o mejora en el control percibido. Por otra parte, este entrenamiento suele conllevar la exposición a estímulos interoceptivos y cambios cognitivos, pudiendo ser estos elementos los más eficaces. A día de hoy se minimiza su impacto en el tratamiento del pánico, siendo cuestionada su eficacia como intervención aislada para el tratamiento del trastorno de pánico **(PIR 13, 151)**.



3.1.3. Relajación aplicada (Öst)

La Guía de tratamientos eficaces de M. Pérez (2010) lo considera un tratamiento con un nivel de eficacia tipo 2 para el trastorno de pánico (probablemente eficaz). Se trata de una variación de la adaptación de Berstein y Borkovec del entrenamiento en relajación muscular progresiva de Jacobson. Se enseña al paciente a identificar los signos de ansiedad y poner en marcha la relajación. Para ello, este procedimiento se basa en una primera fase de entrenamiento en relajación muscular progresiva, hasta que el sujeto sea habilidoso en el empleo de procedimientos de control por medio de señales; a continuación, se pone en marcha la habilidad de la relajación ante ítems de una jerarquía de tareas provocadoras de ansiedad. Es, por tanto, una combinación de técnicas de relajación y exposición **(PIR 12, 167)**.

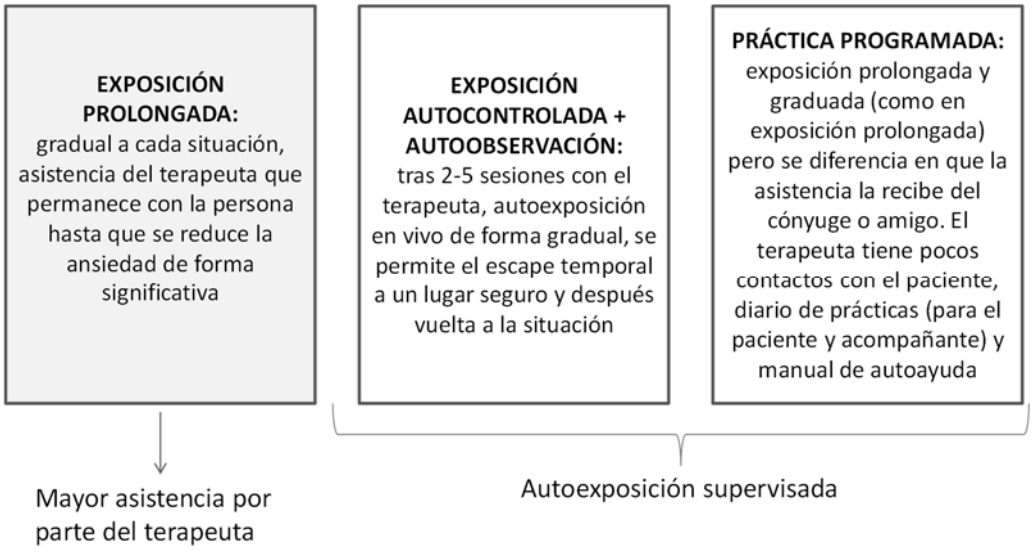
3.1.4. Tratamiento por exposición en vivo

Es fundamental que el paciente se exponga a las situaciones que ha acabado evitando o que soporta con elevado malestar. Para ello, se han planteado distintas versiones de llevar a cabo la exposición:

1. **Exposición prolongada:** Exposición gradual a cada situación con la asistencia del terapeuta que permanece con la persona hasta que la ansiedad se reduzca de forma significativa.

2. **Exposición autocontrolada junto con autoobservación:** Después de 2-5 sesiones con el terapeuta, el paciente lleva la autoexposición en vivo de forma gradual. Se le permite el escape temporal a un lugar seguro y después vuelta a la situación si experimenta elevada ansiedad.

3. **Práctica programada:** Exposición prolongada y graduada (como 1) pero se diferencia en que la asistencia la recibe del cónyuge o amigo. El terapeuta tiene pocos contactos con el paciente y éste cuenta con un diario de prácticas (para el paciente y acompañante) junto con un manual de autoayuda **(PIR 10, 166; PIR 13, 154)**.



Se puede aplicar también exposición con prevención de la respuesta de escape donde el sujeto no abandonará la situación hasta que la ansiedad haya disminuido a niveles mínimos de ansiedad.

La eficacia de la exposición en vivo puede verse afectada por:

• La exposición en vivo ininterrumpida es más eficaz que si hay descansos. Sin embargo, dejar que el paciente abandone la situación si está muy ansioso es tan eficaz como hacer que permanezca en ella, ahora bien, siempre que el paciente regrese a la situación.

• La exposición en vivo graduada y la inundación resultan funcionar igual de bien pero la inundación provoca más rechazos y abandonos. Además, está menos indicada si hay problemas médicos serios, depresión severa o ataques de pánico frecuente.

• La eficacia de la exposición no se ve reducida aunque un familiar o el propio terapeuta acompañe al paciente en las primeras sesiones **(PIR 18, 153)**.

© CEDE – www.pir.es

• No hay diferencias entre exposición en vivo en grupo y aplicada individualmente.

• Los programas de autoayuda con contacto escaso o nulo con el terapeuta y poco contacto telefónico son relativamente eficaces si la agorafobia no es muy grave.

Deteniéndonos en compararla exposición en vivo con los programas multicomponentes cognitivo-conductuales para el tratamiento del pánico y la agorafobia podemos apreciar algunas diferencias respecto a los datos de eficacia disponibles en la literatura:

Componentes del trastorno	Exposición en vivo	Programa multicomponente cognitivo-conductual
Ansiedad	Eficacia tipo 1	Eficacia tipo 1
Evitación fóbica	Eficacia tipo 1	Eficacia tipo 1
Interferencia	Eficacia tipo 1	Eficacia tipo 2
Miedo al miedo	Eficacia tipo 2	
Frecuencia de pánico		Eficacia tipo 2
Preocupación por pánico		Eficacia tipo 2
Ánimo depresivo		Eficacia tipo 2
Recaídas		Menos recaídas que exposición en vivo
Abandonos		Menos abandonos que exposición en vivo

Respecto a los resultados del tratamiento, se han descrito los siguientes predictores:

Mejores resultados	Peores resultados
• Agorafobia leve. • Una buena relación terapéutica. • Expectativas iniciales de mejo-ra (bajas expectativas iniciales de mejora y baja motivación inicial no tiene por qué predecir peores resultados ya que pueden cambiar como consecuencia del tratamiento). • Más y mejor cumplimiento de las tareas interconsulta. • Alta calidad de las tareas interconsulta.	• Agorafobia moderada o severa. • Mayor evitación agorafóbica. • Cogniciones catastróficas. • Historia de experiencias traumáticas. • Altos niveles de síntomas disociativos. • Hostilidad por parte de los cónyuges. • Padres convivientes con los pacientes. • Historia de depresión. • Trastorno de personalidad comórbido. • Preocupación persistente por ataques de pánico futuros. • Ataques de pánico o evitación agorafóbica residual. • Consumo de BZD.

3.1.5. Tratamiento por exposición a través de realidad virtual (Botella)

Algunos estudios sugieren que hay una eficacia similar en el trastorno de pánico con agorafobia con la exposición en vivo como en la exposición a través de realidad virtual (Pérez, 2010).

Presenta una serie de ventajas respecto a la modalidad en vivo:

1. Más fácil de aplicar.
2. Mayor confidencialidad (se aplica en la consulta).
3. Más control en el procedimiento.
4. Valoración del procedimiento como menos aversivo.

3.1.6. Inervación vagal

Esta es una técnica de control somático poco investigada. Su objetivo es el control de la tasa cardíaca mediante el aprendizaje de unas técnicas de masaje sobre la carótida, haciendo presión en un ojo durante la expulsión del aire o presionando sobre el pecho.

3.1.7. Terapia intensiva focalizada en las sensaciones (Morissette, Spiegel y Heinrichs)

Esta terapia parte del hecho de que aquellos pacientes con trastorno de pánico y agorafobia entre moderado y grave afrontan con más dificultad el proceso estándar de la terapia cognitivo-conductual, que los pacientes que no sufren agorafobia o presentan agorafobia leve. Además, los pacientes con agorafobia residual o el miedo residual a las sensaciones físicas presentan un riesgo elevado de recaída. Para ellos, esta terapia propone una intervención a lo largo de ocho días consecutivos que pretende la eliminación total de la agorafobia y el miedo las sensaciones físicas.

Después de una fase psicoeducativa y de preparación cognitiva, diseñadas para incrementar la motivación hacia la exposición intensiva, los pacientes son sometidos a varios días de exposición masiva y sin graduación, afrontando desde el primer momento las situaciones más temidas. Además, se potencia la exposición induciendo sensaciones corporales a través de ejercicios físicos. Este aspecto del programa es único, es decir, a diferencia de otras propuestas, deliberadamente provoca e intensifica hasta el máximo posible los síntomas de ansiedad sin permitir ni entrenar ningún procedimiento de reproducción de la activación. De hecho, se elimina cualquier elemento que pudiera distraer al paciente del proceso de confrontación con las situaciones temidas y sus síntomas (hablar con el terapeuta, utilizar la reestructuración cognitiva durante la exposición, relajarse, etc.). La terapia concluye con un módulo de prevención de

recaídas. Los resultados hasta la fecha son prometedores (Vallejo, 2016).

3.1.8. Tratamiento cognitivo-conductual de aceptación incrementada para el pánico (Levitt y Karekla)

Entre las contribuciones específicas de la tercera generación de terapia cognitivo-conductual se encuentra este tratamiento. Se trata de una intervención que intentar paliar las significativas tasas de rechazo, abandono y falta de respuesta asociadas a los resultados de los ensayos cognitivo-conductuales. Sus autores incorporan ideas de la terapia de aceptación y compromiso a protocolos cognitivo-conductuales para incrementar su asequibilidad y eficacia a corto y largo plazo. Es sabido que el rechazo al malestar y la búsqueda activa y continua de su evitación (evitación experiencial) o el escape de las emociones y pensamientos negativos sobre las sensaciones corporales molestas, contribuyen a la generación y perpetuación de los problemas emocionales. Esta terapia incorpora el procedimiento cognitivo-conductual estándar, técnicas, como ejercicios de *mindfulness*, y la discusión acerca de la importancia de incluir o incrementar actividades valiosas frente a la ansiedad. No obstante, aunque la conceptualización de la intervención se realiza en términos de la aceptación de las experiencias emocionales y la exploración y puesta en práctica de acciones valiosas, los componentes nucleares del tratamiento siguen siendo la psicoeducación sobre el pánico, la exposición situacional e interoceptiva y la reestructuración de creencias erróneas sobre la sintomatología física y sus consecuencias (Vallejo, 2016).

3.2. TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS PARA LAS FOBIAS ESPECÍFICAS

Según la Guía de tratamientos psicológicos de Fonseca (2021), la exposición y la terapia cognitivo-conductual basada en la exposición son tratamientos bien establecidos para la fobia específica **(PIR 16, 138)**.

Vallejo (2016) desgrana la eficacia de las distintas técnicas en función de los tipos de fobia, basándose en diversos meta-análisis actuales:

Tratamiento	Fobias para las que es eficaz
Exposición en vivo (EV)	Animales, alturas, lugares cerrados, volar en avión, sangre, inyecciones, intervenciones dentales, agua, tormentas y relámpagos, globos, atragantamiento
Modelado participante	Como la EV
Tratamiento en una sola sesión (incluye modelado y EV planteada como experimentos conductuales)	Animales, sangre inyecciones, intervenciones dentales, volar, claustrofobia (siempre que sean monosintomáticas)
Exposición mediante realidad virtual	Alturas, volar, arañas, claustrofobia
EV más respiración y/o relajación	Volar, dental
EV más reestructuración cognitiva	Volar, alturas, claustrofobia (resultados parecen mejores que con sólo EV)
Terapia cognitiva	Claustrofobia, fobia dental
Tensión con o sin aplicación	Sangre/inyección/daño
Relajación aplicada	Fobia dental
Exposición interoceptiva	Claustrofobia (1 estudio)

(PIR 14, 196)

La técnica de elección en el tratamiento es la **exposición** (Pérez, 2010). Sobre esta técnica hay un importante grado de acuerdo en cuanto a que su eficacia es mejor en vivo que en imaginación **(PIR 09, 149)**. Como una alternativa dinámica a la exposición tenemos la implosión (Stampfl, 1966), en la que se expone al sujeto en imaginación a una situación altamente aversiva, con un contenido en general sangriento, y con componentes dinámicos. Esta variante a día de hoy tiende a no utilizarse.

3.2.1. Exposición en vivo

En el siguiente cuadro, según Echeburúa y Paz del Corral (1997), se describen las principales variables que afectan a las técnicas de exposición en el tratamiento de las fobias específicas y agorafobia:

© CEDE – www.pir.es

Variables	Alternativas		Eficacia máxima
Modalidad	Imaginación	En vivo	En vivo
Agente de la exposición	Autoexposición	Con presencia del terapeuta	Autoexposición
Intensidad	Gradual	Brusca	Tan brusca como pueda tolerar el paciente
Intervalo entre ensayos	Corto	Largo	Corto (Diario)
Duración de los ensayos	Corta	Larga	Tan larga como para facilitar la habituación (30-120 minutos por término medio)
Activación en los ensayos	Grado alto de ansiedad	Grado bajo de ansiedad	No importante
Implicación atencional	Atención a la tarea	Distracción cognitiva	Atención a la tarea
Ayudas	Manual de autoayuda	Coterapeuta	Ambas
Estrategias de afrontamiento	Autoinstrucciones	Entrenamiento en respiración	Variable de un paciente a otro
Psicofármacos	Antidepresivos	Ansiolíticos	Ninguno (antidepresivos sólo en el caso de un estado de ánimo disfórico)

(PIR 11, 125; PIR 12, 159; PIR 14, 129)

Para que la exposición en vivo sea más eficaz hay que tener en cuenta lo siguiente:

• Cuanto más se exponga el sujeto al hecho real, mejores resultados **(PIR 09, 150; PIR 11, 124; PIR 15, 79)**. Sin embargo, la exposición en imaginación es preferible si la exposición real es difícil de manipular por parte del terapeuta; (por ejemplo, fobia a tormentas) o bien si hay reticencias importantes a la exposición en vivo, podemos considerar aplicarla en imaginación siempre que sea factible.

• Se da mejora de la eficacia si el terapeuta modela **las primeras aproximaciones** (posteriormente, es fundamental la autoexposición) y da información acerca del propósito del tratamiento así como si incluye otras técnicas (restructuración cognitiva, reforzamiento, prevención de respuesta). También se ha visto que un predictor de mejoría sería que disminuya la sintomatología tras las primeras sesiones de exposición **(PIR 14, 191)**.

• El nivel de implicación del terapeuta, ya que los programas con asistencia del terapeuta son más eficaces que los de autoayuda.

Incluir la **relajación** va a depender de 3 factores:

1. Si la ansiedad es muy elevada al estímulo fóbico, genera mayor adherencia al tratamiento.
2. Si son exposiciones breves, la relajación ayudará a la habituación al estímulo fóbico.
3. Se ha visto útil para que el paciente no sienta niveles altos de ansiedad durante la presencia del estímulo fóbico.

Ahora bien, se ha observado que en el 40% de los pacientes que practican la relajación puede aparecer un fenómeno llamado “ansiedad inducida por relajación”, por lo que en estos casos, se recomienda buscar otra respuesta incompatible con la ansiedad.

Algunas recomendaciones para que la exposición sea eficaz:

1. En general, son suficientes de 1-5 sesiones.
2. Duración de las sesiones: 1-3 horas.
3. Explicar inicialmente en qué consiste la ansiedad, conductas de evitación y tratamiento a aplicar.
4. Exposición gradual (por motivación y para evitar abandonos) aunque también es útil la inundación.
5. Empezar con niveles de cierta ansiedad y avanzar lo más rápido que el sujeto pueda tolerar.
6. Realizar jerarquía según avanza la intervención (10-20 pasos)
7. Práctica frecuente.
8. Autoexposición.

9. Anticipación de posibles peligros, soluciones y llevar autorregistro.
10. Favorecer la máxima iniciativa del sujeto.
11. Hacerle consciente de los logros y de su capacidad para controlar la situación.
12. Exposición prolongada es mejor que con interrupciones.
13. Eliminar las conductas defensivas, que el sujeto preste atención.

El modelado participante, una combinación de modelado y exposición en vivo, es conveniente cuando hay que enseñar habilidades **(PIR 12, 158)** y, al menos en niños, puede contribuir a que se mantengan mejor los resultados conseguidos. El modelado simbólico o filmado puede ser beneficioso en la preparación para las intervenciones médicas, junto con información y, quizá, relajación y distracción. Sin embargo, el modelado simbólico resulta ineficaz con clientes veteranos e incluso puede tener un efecto de sensibilización en éstos, tal y como se ha observado en niños.

La exposición en imaginación, la desensibilización sistemática y la desensibilización y reprocesamiento mediante movimientos oculares (EMDR) también han resultado eficaces para las fobias específicas, aunque menos que la exposición en vivo o el modelado participante.

La exposición en imaginación puede ser útil cuando:

- Se quiere trabajar con cualquier tipo de situación, incluidos eventos internos como pensar que uno va a perder el control, desmayarse o contraer cierta enfermedad.
- El miedo a las consecuencias temidas no es activado suficientemente por la EV o no se reduce como consecuencia de la misma, aunque sea activado.
- El paciente tiene una ansiedad muy alta y no se atreve, de entrada, con la EV.
- Las fobias implican situaciones en que es difícil, impracticable o antieconómico trabajar en vivo.

Öst plantea un tratamiento de exposición en **1 sola sesión**. Se caracteriza por:

- Sesión de hasta 3 horas.
- Informa al paciente de que el objetivo es que se maneje en las situaciones de forma normal, sin elevada ansiedad, aunque el **objetivo real es un sobreaprendizaje**.
- Exposición en vivo y modelado.
- Exposición gradual prolongada sin escapar hasta que la ansiedad se reduzca en un 50% respecto a su valor más alto.
- **Condiciones** para que se dé este tratamiento:
  - Fobia monosintomática.
  - Sujeto motivado.
  - No tener consecuencias negativas si se supera la fobia.
  - No tener beneficios por la fobia.

El tratamiento en una sola sesión (TUS) de Öst ha sido superior al no tratamiento en adultos; además, ha sido más eficaz que la autoexposición en vivo e igual de eficaz que una sesión intensiva de exposición en vivo o cinco sesiones espaciadas de 1 hora de exposición en vivo.

3.2.2. Realidad virtual

Se trata de una alternativa a la exposición en vivo (ya visto en el trastorno de pánico) y a la exposición en imaginación, en donde es fundamental que se consiga la sensación de que el sujeto participa en el contexto. Si se consigue esto, presenta numerosas ventajas frente a la exposición en vivo, como son:

1. Mejor aceptación de la realidad virtual que de la exposición en vivo.
2. Control de estímulos:
   - Facilitación de presentación gradual de estímulos.
   - Se impide que aparezcan estímulos o situaciones imprevistas.
   - Se favorece la seguridad y privacidad.
   - Entorno seguro sin riesgos para la persona.
   - Exposición puede prolongarse o repetirse a demanda.
3. Algunos estímulos reales son caros (ejemplo, viajes de avión) o complicados de conseguir (por ejemplo, fobia a algunos animales) **(PIR 08, 109; PIR 09, 175)**.
4. El terapeuta construye el contexto sin tener que desplazarse a él.

Asimismo, se observan ciertas limitaciones respecto a la exposición en vivo:

1. No sustituye a la exposición en vivo ya que al final el paciente tendrá que exponerse al estímulo real.
2. El coste de los programas (hardware y software) es muy elevado.
3. Algunas personas tienen dificultades para sentirse realmente en la situación.
4. No existen trabajos que comparen la exposición en vivo con técnicas imaginativas, siendo éstas últimas más económicas.

Algunos estudios sugieren que este tratamiento ha sido superior al no tratamiento, a otras intervenciones e incluso igual de eficaz que la exposición en vivo en el caso de la fobia a las alturas y a volar **(PIR 11, 132)**. También se ha aplicado con éxito la realidad aumentada en el tratamiento de la fobia a las cucarachas, siendo esta modalidad más económica que la exposición mediante realidad virtual.

© CEDE – www.pir.es

3.2.3. Tensión

Öst y Stemer (1987) proponen el tratamiento de tensión aplicada para la fobia a la SID, por su patrón bifásico. Consiste en tensar muscularmente para incrementar la presión arterial y así impedir el desmayo en la 2ª fase de la respuesta (respuesta vasovagal) **(PIR 07, 230; PIR 08, 147; PIR 09, 148; PIR 10, 182; PIR 11, 126, PIR 14, 201)**. El procedimiento implica aprender a tensar los grandes grupos musculares (brazos, torso y piernas) y a identificar los primeros signos de la caída de la presión arterial con el fin de emplearlos como una señal para aplicar la tensión.

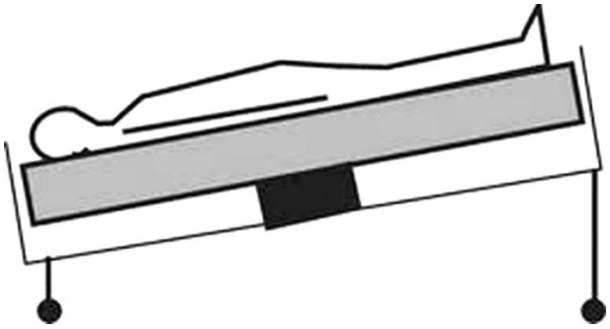
Vallejo (2016) considera que la tensión con aplicación es eficaz para el tratamiento de la fobia a la SID, aunque no se ha diferenciado de la tensión sin aplicación. Esta última no incluye exposición a los estímulos sangre/heridas, sino que implica provocar una caída ortostática de la presión sanguínea (poniéndose súbitamente de pie) y aplicar la tensión para compensar esta disminución de la presión. Asimismo, se señala que ninguna de las técnicas estudiadas para el tratamiento de la fobia a la SID se ha mostrado claramente superior. La tensión (aplicada o no) parece ser más eficaz en reducir la ansiedad y el desmayo durante la sesión, mientras que la exposición obtiene mejores resultados pre-post en cuestionarios sobre este tipo de fobia.

3.2.4. Programas de tratamientos para diversas fobias específicas

Vallejo (2016) describe información y pautas aplicadas al tratamiento de determinadas fobias que se resumen a continuación:

Fobia	Componentes utilizados
Fobia a volar	– Información sobre aviones y su funcionamiento. – Reestructuración cognitiva. – Respiración controlada o relajación. – Exposición en imaginación, mediante ordenador o mediante realidad virtual. – Exposición en vivo (al menos un viaje largo o más si es posible). – Exposición interoceptiva (inducir durante el vuelo las sensaciones temidas, por ejemplo, taquicardia o sudor).
Claustrofobia	– Exposición en vivo. – Reestructuración cognitiva. – Información para corregir ideas erróneas (por ejemplo, el aire en un ascensor no durará más de 15 minutos). – Exposición interoceptiva.
Amaxofobia (fobia a conducir)	– Exposición en vivo. – Exposición interoceptiva cuando los sujetos temen que las sensaciones que experimentan (dificultad para respirar, mareo, etc.) perturben su capacidad para conducir. – Reestructuración cognitiva y comisión de pequeños errores a propósito (por ejemplo, conducir muy despacio) cuando los sujetos temen ser objeto de enfado o crítica de otros conductores.
Fobia a la sangre/ inyección/daño	– Exposición en vivo + Prevenir el desmayo mediante distintas técnicas: tumbarse en posición de Trendelenburg **(PIR 16, 205)**, bajar la cabeza hasta las rodillas estando sentado, inducción de tensión muscular y producción de respuestas de enfado a través de la imaginación. – Tensión aplicada o sin aplicación (en personas que se han desmayado ante la sangre/ inyección/daños). – Entrenamiento en respiración lenta cuando los sujetos hiperventilan. – No se aconseja la relajación (puede facilitar la disminución de la presión sanguínea y el desmayo).
Fobia dental	– Exposición en vivo. – Es útil que el sujeto tenga la posibilidad de controlar el estímulo temido (por ejemplo, detener el taladro) y que haya alto nivel de predictibilidad (conocer el procedimiento). – Reestructuración cognitiva. – Relajación aplicada.
Fobia a los animales	– Exposición en vivo + información sobre el animal temido para corregir creencias erróneas + habilidades para manejar al animal (por ejemplo, como coger un hámster). – Posibilidad de emplear exposición mediante realidad virtual o realidad aumentada. Se recomienda restringir los movimientos de los animales en la exposición en vivo, al menos en los primeros ítems. – Posibilidad de combinar la exposición en vivo con modelado.
Acrofobia (fobia a las alturas)	– Exposición en vivo. – Reestructuración cognitiva. – Exposición interoceptiva. – Exposición mediante realidad virtual. – Si el sujeto experimenta el impulso de saltar es necesario asegurarle que es un fenómeno normal e improbable. – Si el sujeto experimenta miedo a ser empujado por otra persona se recomienda combinar exposición con gente detrás y reestructuración cognitiva.
Fobia a las tormentas	– Exposición en vivo + corregir creencias erróneas (por ejemplo, que es peligroso estar cerca de las ventanas). – Exposición en imaginación. – Exposición mediante realidad virtual. – Exposición mediante soportes audiovisuales.

Fobia	Componentes utilizados
Hidrofobia (fobia al agua)	– Exposición en vivo. – Aprender a nadar.
Fobia a atragantarse o a vomitar	– Exposición en vivo (empezar con los alimentos menos temidos). – Exposición interoceptiva a la sensación de atragantamiento o de náuseas (por ejemplo, empleando un depresor de lengua). – Reestructuración cognitiva cuando el sujeto presenta creencias erróneas (por ejemplo, que la tensión en la garganta indica atragantamiento inminente).

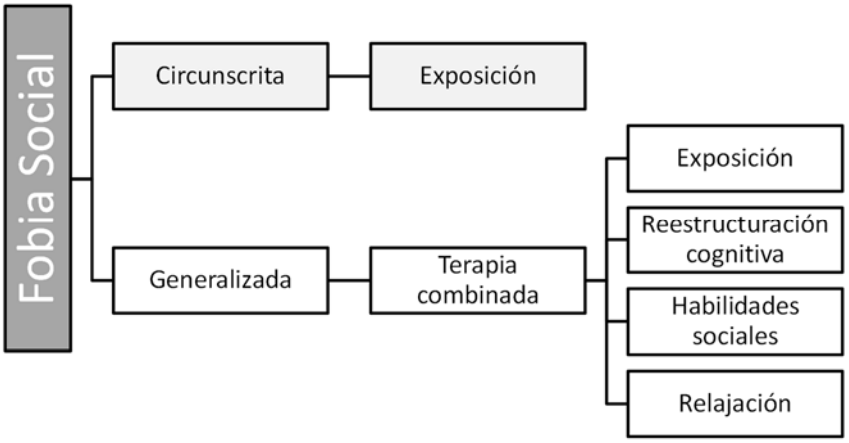


Posición de Trendelenburg: se coloca al paciente en decúbito supino, pero con la cabeza más baja que los pies, de manera que se facilita, por el efecto de la gravedad, el retorno de un gran volumen de sangre desde el sistema de la vena cava inferior al corazón **(PIR 16, 205)**.

3.3. TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS PARA EL TRASTORNO DE ANSIEDAD SOCIAL

Según Vallejo Pareja (2016), los tratamientos empíricamente validados para la ansiedad social se centran en las estrategias cognitivas y conductuales, especialmente en las técnicas de exposición, terapia cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales y entrenamiento en relajación.

La mayoría de los programas de tratamiento para la fobia social generalizada incluyen varios de estos procedimientos (fundamentalmente, la combinación de exposición y terapia cognitiva), aunque en la fobia social circunscrita o de actuación se alega, con frecuencia, que con las técnicas de exposición puede ser suficiente.



El tratamiento cognitivo de la ansiedad social aborda algunos de los déficits habituales en este trastorno, como son:

- Centran la atención en exceso sobre sí mismos y creen que los demás están pendientes de ellos.
- Retroalimentación interpersonal de forma que atienden selectivamente a los aspectos negativos que además atribuyen con errores propios.
- Recuerdo selectivo negativo de las relaciones con los otros.
- Subestiman sus habilidades sociales en situaciones sociales.
- Sobrestiman la probabilidad de que se den sucesos negativos por circunstancias ajenas al sujeto.
- Excesivos pensamientos derrotistas y expectativas negativas de pérdida de control sobre la propia conducta **(PIR 16, 146)**.

© CEDE – www.pir.es

3.3.1. Tratamiento por exposición

La Guía de tratamientos eficaces de M. Pérez (2010) lo considera un tratamiento bien establecido para el trastorno de ansiedad social (PIR 10, 183). Sin embargo, la fobia social es una categoría muy heterogénea de pacientes que varían en su nivel de competencia social y gravedad del trastorno. Este motivo y la propia naturaleza del estímulo social dificulta el trabajo de exposición. En este sentido, Butler (1985) ha descrito algunas **limitaciones** de la exposición para la fobia social (PIR 10, 170):

• La ansiedad social, muchas veces, puede estar acompañada de un **déficit de habilidades sociales** que no se corrige con la exposición exclusivamente.

• La exposición implica **ejecutar conductas ante la observación de los demás** y esto la convierte en más compleja.
• Las situaciones sociales son **variables y poco predecibles**. Éstas no siempre se pueden programar ni realizar la exposición de forma gradual (PIR 15, 232).

• Las situaciones sociales suelen durar poco (por ejemplo, saludar, iniciar una conversación…) por lo que impide las exposiciones largas y con repeticiones programadas.

• La exposición no da información al paciente de esa "posible" **evaluación negativa** que la otra persona se está formando del fóbico social.

• El que el paciente supere la ansiedad social puede **no tener efectos inmediatos** (como en otras fobias) por las actitudes previas de los demás ante el paciente.

Por lo tanto, teniendo en cuenta esto, Butler propone una serie de estrategias para que la exposición con estos pacientes sea más efectiva:

• Respuesta de acercamiento a la ansiedad en vez de tratar de evitarla.
• Poder tolerar los síntomas fisiológicos que se ponen en marcha (por ejemplo, rubor).
• Tener presente **dónde está uno** y no pensar que se está en otro sitio.
• **Saludar** a la gente de forma adecuada, mirando a los **ojos**.
• **Escuchar atentamente** a los demás y tener preparada una lista de posibles temas de conversación.
• Mostrarle al otro que uno tiene **interés** en hablar.
• Tono de voz alto con **dicción adecuada**. Evitar los susurros.
• Ser capaz de tolerar algunos **silencios**.
• Esperar **señales** de los demás acerca de qué se va a hablar, dónde sentarse…
• Aprender a **tolerar las críticas** introduciendo la discusión deliberadamente en un momento determinado.
• Aprender a **tolerar la incertidumbre** asociada a cualquier situación o interacción social.

En consecuencia, se trata de programar sesiones de exposición cortas pero que se repitan lo más posible y que vayan orientadas a aprender a tolerar la incertidumbre.

Para que la exposición sea más efectiva, se han diseñado manuales de autoayuda con sugerencias acerca de cómo comportarse en las interacciones sociales para hacer frente a la evitación cognitiva y que el paciente se implique más en la situación temida.

Asimismo, un objetivo fundamental de las sesiones de terapia para Gruber y Heimberg (que generalmente se llevan a cabo en formato grupal) es la realización de ensayos de conducta de acuerdo con los objetivos del paciente, así como que el paciente se exponga entre sesiones. Además, se incluyen componentes cognitivos para hacer frente al miedo a las críticas que presentan estos pacientes y potenciar el efecto de la exposición.

Los ensayos de conducta consisten en exposiciones simuladas en el grupo donde se representan aquellas situaciones problemáticas para cada paciente (ej. Iniciar una conversación entre miembros del grupo).

Dado que el modelo de Heimberg incluye componentes cognitivos, lo desarrollaremos más adelante.

3.3.2. Programas multicomponentes cognitivo-conductuales

A continuación se describen algunos de los protocolos de tratamiento cognitivo-conductual más relevantes.

3.3.2.1. **Terapia cognitivo conductual en grupo (TCCG) (Heimberg, 2001)**

Según Vallejo (2016), es uno de los protocolos más extendidos y se considera el tratamiento de referencia entre los países angloparlantes (PIR 13, 162). Su eficacia y la baja tasa de recaídas han sido demostradas en un número considerable de estudios. La TCCG es llevada a cabo por dos terapeutas en 12 sesiones semanales, con dos horas y media de duración y con grupos formados por entre cuatro y seis participantes.

En este tratamiento se dedican las dos primeras sesiones a enseñar a los pacientes a identificar los pensamientos automáticos y a que encuentren la covariación con la ansiedad, a debatir los errores de la lógica y a formular alternativas

más racionales (PIR 18, 156). Posteriormente, deben enfrentarse gradualmente a las situaciones temidas (primero en la sesión y luego en la vida real) utilizando sus habilidades cognitivas. Cuando los pacientes trabajan en sus propias situaciones deben seguir un procedimiento estándar:

1) Identificar los pensamientos automáticos.
2) Identificar los errores lógicos de dichos pensamientos.
3) Debatir sus pensamientos automáticos y formular respuestas racionales.
4) Definir unas metas conductuales.

Los pacientes practican las habilidades cognitivas mientras que realizan tareas conductuales y se repasa el logro de las metas y el uso de las habilidades cognitivas. Los experimentos conductuales se utilizan para enfrentar las respuestas específicas a la exposición. Igualmente, se asignan tareas de exposición para casa, en situaciones de la vida real y se dan instrucciones para que ellos mismos realicen los ejercicios de reestructuración cognitiva antes y después de la exposición.

3.3.2.2. **Terapia cognitivo conductual comprensiva (TCCC) (Davidson, 2004)**

Esta terapia se deriva, en parte, de la TCCG de Heimberg, aunque se diferencia de ésta, principalmente, porque incluye entrenamiento en habilidades sociales, las representaciones de papeles son más cortas y el tratamiento tiene dos sesiones más. De forma resumida, la TCCC combina la exposición en vivo, con reestructuración cognitiva según Beck y el entrenamiento en habilidades sociales.

3.3.2.3. **Terapia cognitivo conductual grupal (McEvoy, 2007)**

Los componentes de este tratamiento están dirigidos a los principales factores de mantenimiento propuestos por las teorías cognitivo conductuales de la fobia social. De manera resumida incluye:

1) Psicoeducación sobre la fobia social y los factores cognitivos y conductuales que la mantienen.
2) El desarrollo de formulaciones individualizadas.
3) La animación al paciente para abandonar los comportamientos de seguridad.
4) La exposición graduada y los experimentos conductuales.
5) La retroalimentación con vídeo (PIR 19, 43).
6) La animación para cambiar el centro de atención sobre la tarea actual cuando está ansioso o rumiando.
7) La aplicación de los principios del tratamiento (desafiar los pensamientos, centrar la atención, experimentos conductuales…) a las anticipaciones y al procesamiento posterior del acontecimiento.
8) Reestructuración cognitiva de las creencias negativas.

Este protocolo se diferencia de los anteriores en el número total de sesiones (7) semanales, su duración (cuatro horas cada una), el número de terapeutas (pueden ser entre uno y tres) y de participantes.

3.3.2.4. **Protocolo de tratamiento individual (Clark, 2006)**

Wells y Clark (2006) proponen un modelo de terapia cognitiva basado en los siguientes componentes:

- Explicación del modelo a la persona.
- Mostrarle los efectos negativos de la autofocalización y conductas defensivas.
- Entrenamiento en focalizar la atención en la situación social y no en sí mismo.
- Técnica del video-feedback (para modificar imagen distorsionada de sí mismo) (PIR 07, 228, PIR 12, 163; PIR 15, 75; PIR 20, 157).
- Experimentos conductuales de afrontamiento.
- Reestructuración cognitiva de PAN y creencias disfuncionales (PIR 09, 134).

Basándose en este modelo, Clark desarrolla su protocolo de tratamiento individual (PIR 13, 122).

Su objetivo fundamental es la enseñanza de un marco de referencia cognitivo alternativo para interpretar las situaciones sociales, la actuación social y el riesgo social. La intervención es enfáticamente cognitiva. Se utilizan técnicas para reestructurar la autoimagen distorsionada (incluyendo el uso de estrategias como la vídeo retroalimentación), se instiga al paciente para que pregunte a otras personas respecto a sus creencias sobre asuntos como ruborizarse o temblar y, finalmente, se lleva a cabo la confrontación con las situaciones sociales temidas, en las cuales el paciente pone a prueba las predicciones negativas previstas mientras deja de lado los comportamientos de seguridad habituales (conductas defensivas o procesos mentales que el paciente utiliza para sentirse seguro) (PIR 12, 97) y se centra en cuestiones externas.

En conclusión, se ha encontrado que añadir técnicas cognitivas contribuye a que el paciente tenga más recursos para hacer frente al estrés y se reduce la probabilidad de recaídas. Entre sus objetivos encontramos:

- Eliminar expectativas negativas acerca del control de su conducta.

© CEDE – www.pir.es

• Cambiar la atención centrada en los síntomas físicos de la ansiedad. Para ello, se pueden utilizar técnicas como la focalización de la atención en aspectos o estímulos externos **(PIR 13, 155)**.
• Eliminar aquellos pensamientos repetitivos acerca de las consecuencias temidas.
• Impulsar el ser activo y concentrarse en lo que puedo hacer.
• Parar la tendencia a establecer metas perfeccionistas y a minusvalorar los logros alcanzados **(PIR 15, 74)**.

Sin embargo, no queda claro si utilizar técnicas cognitivas más sencillas (como la distracción cognitiva o las autoinstrucciones) son tan eficaces como usar un programa más elaborado como son la TRE y la terapia cognitiva.

3.3.3. Entrenamiento en habilidades sociales

El **entrenamiento en habilidades sociales** es un grupo de técnicas que intenta enseñar conductas interpersonales apropiadas con el fin de mejorar la competencia interpersonal de los individuos en clases específicas de situaciones sociales. Su aplicación a la fobia social se basa en la idea de que en este trastorno se carece de las habilidades adecuadas, tanto verbales como no verbales. Se supone también que las reacciones de ansiedad son secundarias a estos déficits y, por tanto, la mejora de las habilidades conducirá a una reducción de la ansiedad.

En caso de utilizar modelado para el aprendizaje de distintas destrezas, es aconsejable que el modelo elegido muestre un nivel de habilidad uno o dos pasos por encima del observador o un modelo que empiece desde el mismo nivel del sujeto y progresivamente mejore **(PIR 14, 192)**.

El entrenamiento en habilidades sociales ha demostrado su eficacia con resultados similares a la terapia de exposición; en especial, cuando la fobia social de tipo generalizado se da junto con el trastorno de personalidad evitativo. Sin embargo, es difícil separar el componente de exposición porque el entrenamiento en habilidades sociales se hace en grupo, por lo que supone una exposición en sí misma.

Entre las ventajas de la aplicación de esta intervención en la modalidad grupal destacan:

• Percepción que no son los únicos que experimentan el problema.
• Aprendizaje vicario de reforzamiento.
• Desarrollo de la independencia del paciente. Se estimula la confianza en los propios recursos, en lugar de depender del terapeuta.
• Compromiso público de cambio ante el resto.
• Motivación para el cambio a través del éxito de los demás.
• Aprendizaje a través de la ayuda a otras personas ya que cada paciente se convierte en un sistema de apoyo social para el resto.
• Oportunidad para confrontar los estímulos fóbicos sociales en el grupo **(PIR 07, 237)**. Se permite la exposición larga y continuada a esta situación social, poniendo a prueba las distorsiones cognitivas sobre la percepción de los demás **(PIR 09, 147, 151)**.
• Beneficio de la presencia de otros para crear variedad de situaciones **(PIR 07, 229)**.

Es importante destacar que la modalidad grupal puede resultar muy amenazante para algunos pacientes, especialmente los pacientes con trastorno de personalidad evitativo comórbido. En estos casos, se planteará la intervención a nivel individual.

Las intervenciones individuales son igual de efectivas que las grupales, sólo que estas últimas facilitan el trabajo del terapeuta y se generan una diversidad de situaciones sociales de exposición para los pacientes, siendo también más económicas **(PIR 12, 162)**.

En cuanto a la posibilidad de incluir un manual de autoayuda, Gruber, Moran, Ruth y Taylor (2001) han encontrado que sesiones grupales con exposición y reestructuración cognitiva a través de un manual por ordenador, ofrecía los mismos efectos terapéuticos que exposición sin el manual pero con más sesiones. Por lo tanto, un tratamiento más breve pero con ayuda del ordenador obtienes resultados similares que una terapia más prolongada.

Asimismo, es fundamental fomentar la participación activa de todos los pacientes en el grupo y en todas las sesiones para impedir que pongan en marcha conductas de escape más o menos encubiertas (por ejemplo, responder con monosílabos, dar explicaciones cortas, etc.).

Respecto a las variables predictoras de resultados terapéuticos, se han obtenido los mejores datos cuando los pacientes han cumplimiento las tareas de exposición entre sesiones **(PIR 06, 237; PIR 12, 160, PIR 14, 193)**.

Sin embargo, los peores resultados se vinculan con mayor nivel de depresión, la gravedad de los síntomas, mayor presencia de rasgos de personalidad evitativa, bajas expectativas ante los resultados del tratamiento y mayor generalización de la fobia social.

Es importante destacar que la comorbilidad de la fobia social con el trastorno de personalidad evitativo denota un mayor nivel de gravedad e incide negativamente en los resultados terapéuticos **(PIR 10, 171)**

3.3.4. Técnicas para el abordaje del trastorno de ansiedad social desde el enfoque transdiagnóstico

Belloch (2020) ha enumerado distintas técnicas para el abordaje del trastorno de la ansiedad social desde una perspectiva transdiagnóstica:

© CEDE – www.pir.es

Técnicas para el abordaje del trastorno de ansiedad social (Belloch, 2020)		
Desconocimiento de la ansiedad social	Psicoeducación	
Autoimagen negativa acerca del self	Descripción y análisis de la autoimagen negativa La perspectiva del observador (el ojo de la mente) Reescritura de la imagen negativa Puesta en marcha de la nueva versión de la autoimagen	
El temor a la audiencia	Análisis de la audiencia y temor percibidos	
Evitación de las situaciones sociales. Temor a la evaluación negativa y a la evaluación positiva	Exposición en vivo (ensayos planificados en sesión) Autoexposición en el ambiente natural entre sesiones Autoexposición utilizando un espejo, utilizando vídeos de audiencias grabados Exposición por medio de realidad virtual	Se generan nuevas asociaciones inhibidoras, respecto a las antiguas asociaciones de temor por medio de 2 mecanismos (violación de las expectativas y generalización de las asociaciones inhibitorias)
Conductas de seguridad	Detección de las conductas de seguridad, análisis del papel que desempeñan y retiradas de las mismas al realizar la exposición	
El criterio que se considera utilizará la audiencia	Análisis del criterio esperado de la audiencia y modificación ajustada a expectativas más realistas.	
El criterio que se desea alcanzar la persona	Diminución realista de l criterio (teniendo en cuenta que son conductas nuevas)	
La probabilidad y las consecuencias de no alcanzar el criterio	Análisis de la probabilidad y consecuencias de no alcanzar el criterio.	
Percepción errónea de la ejecución de los ensayos de exposición	Grabación de ensayos de conducta y empleo de vídeo feedback	
Ejecución deficitaria	Normalizar la ejecución deficitaria, teniendo en cuenta el grado de práctica que tiene la persona. Anticipación de posible ejecución deficitaria y estrategias de aceptación si se produjera	
Sesgos atencionales y la atención autofocalizada. Sesgos de interpretación	Entrenamiento en focalización de la atención en estímulos no amenazantes (internos o externos), ya sean estímulos facilitadores o neutros	
Déficit en regulación emocional	Entrenamiento en reconocimiento, aceptación y expresión de emociones	
Bajo afecto positivo. Dificultades para manejar la estimulación positiva	Entrenamiento en generación de afecto positivo Entrenamiento en reconocimiento, aceptación y expresión de emociones positivas Entrenamiento en manejo de situaciones sociales en la que haya estímulos positivos	
Las creencias y pensamientos erróneos	Reestructuración cognitiva clásica	
El lenguaje	Reestructuración cognitiva: el papel del lenguaje - Las cadenas semánticas - La confusión y el reto de los ordenes de abstracción · Lo que soy · Lo que hago · Lo que pienso que soy · Lo que los demás dicen de mí · Lo que los demás piensan de mí · Lo que yo creo que los demás piensan de mí	
Modo agónico vs. Modo hedónico	La cooperación humana: · Sistema de defensa vs. Sistema de seguridad y cooperación · El contacto ocular · El cambio de perspectiva	
Las habilidades sociales interpersonales, la sabiduría social	· Asertividad · Sabiduría acumulada (refranes): «lo mejor es enemigo de lo bueno», «cada uno es cada uno y ninguno es más que nadie»...	
Desarrollo y evolución humanas	· Aprendiendo de nuestros errores · Autoaceptación · Tolerancia	

© CEDE – www.pir.es

CEDE - C/ Cartagena, 129 - 28002 Madrid
Tel.: 91 564 42 94

3.4. TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS PARA EL TRASTORNO POR ANSIEDAD GENERALIZADA

El trastorno por ansiedad generalizada o TAG suponía un reto para los tratamientos conductuales clásicos, muy efectivos en aquellos trastornos en los que la ansiedad se "ligaba a situaciones", de modo que mediante la DS o la exposición in vivo a dichas situaciones, se lograba la extinción o habituación de la respuesta ansiosa. Pero en el caso del TAG la ansiedad muestra un aspecto flotante, de modo que es casi imposible construir jerarquías que incluyan todas las situaciones que provocan preocupación en el individuo afecto de dicho trastorno.

Los dos focos principales del tratamiento del TAG suelen ser las preocupaciones excesivas e incontrolables y la sobreactivación acompañante (ansiedad y tensión). Según la Guía de tratamientos eficaces de M. Pérez (2010) los únicos tratamientos psicológicos bien establecidos para el TAG (eficacia tipo 1) son los programas multicomponentes cognitivo-conductuales. Sin embargo, como se ha comentado, se considera que, aunque la farmacoterapia alcanza el estatus de tratamiento bien establecido para el TAG, no puede constituir un tratamiento de elección a la hora de obtener efectos a largo plazo y libre de riesgos dado su perfil de efectos secundarios **(PIR 16, 137)**.

3.4.1. Programas multicomponentes cognitivo-conductuales

A continuación se describen los principales programas cognitivo-conductuales para el tratamiento del TAG.

Correspondencia entre los módulos del protocolo de tratamiento de los distintos programas cognitivo-conductuales para el tratamiento del TAG				
	Borkovec	**Barlow**	**Dugas**	**Wells**
Conceptualización compartida (psicoeducación)	X	X	X	x
Relajación aplicada	X	X		
Cuestionamiento de que las preocupaciones son incontrolables	X			x
Exposición conductual (exposición a la incertidumbre con prevención de respuesta)	X	X	X	x
Cuestionamiento de que las preocupaciones son peligrosas				x

Correspondencia entre los módulos del protocolo de tratamiento de los distintos programas cognitivo-conductuales para el tratamiento del TAG				
	Borkovec	**Barlow**	**Dugas**	**Wells**
Cuestionamiento de la utilidad de la preocupación	X		X	x
Solución de problemas	X	X	X	
Exposición en imaginación a los peores miedos		X	X	
Mantenimiento de logros y prevención de recaídas	X	X	X	x

3.4.1.1. **Tratamiento de Brown, O'Leary y Barlow**

1) Consiste en aplicar **12-15 sesiones semanales** de 1 hora en individual.

2) **Reestructuración cognitiva** para dos tipos de errores cognitivos frecuentes:

- La sobreestimación de la probabilidad de ocurrencia de un evento negativo.
- El pensamiento catastrófico o tendencia a esperar lo peor. Para ello se puede utilizar la técnica de la descatastrofización, que consiste en incitar al paciente que piense en el peor escenario posible, y cuestionar si es tan malo como espera, valorando de manera crítica el impacto real del evento **(PIR 12, 168, PIR 14, 202)**.

3) **Exposición a la preocupación:**

- Se ayuda al paciente a identificar las principales áreas de preocupación.
- Se entrena en imaginación con escenas agradables.
- Se lleva a cabo la imaginación del área más ansiógena durante 25-30 minutos.
- Se generan el máximo de alternativas posibles.

4) **Entrenamiento en relajación**.

5) **Prevención de la conducta de preocupación:**

- Se entiende que éstas mantienen las preocupaciones.
- Se usan experimentos conductuales (por ejemplo, no llamar al marido aunque piense que le haya podido pasar algo de vuelta a casa **(PIR 12, 169; PIR 15, 80)**.

6) **Organización del tiempo:**

- Organizar actividades y clasificarlas en función de su prioridad para decidir cuándo se han de hacer.

7) **Resolución de problemas:**

- Adoptar una perspectiva más realista y menos catastrofista.

© CEDE – www.pir.es

• Muchos pacientes con TAG más que un déficit en cómo solucionar un problema, lo tienen en la **orientación hacia el problema** (por ejemplo, lo valoran como una amenaza).

3.4.1.2. **Tratamiento de Dugas y Ladoceur**

El tratamiento de **Dugas** y **Ladouceur** tiene en como objetivos principales el ayudar al paciente a reconocer sus preocupaciones como una conducta de aproximación-evitación, a discriminar entre diferentes tipos de preocupaciones y a aplicar la estrategia correcta a cada tipo. La intervención se desarrolla en 18 sesiones, e implica cuatro componentes:

1) Presentación del tratamiento

Se describe el modelo clínico de los autores. El fundamento del modelo es que la ansiedad surge ante la percepción de incertidumbre. El objetivo del tratamiento, se les explica, no será eliminar dicha incertidumbre, sino reconocer, aceptar y desarrollar estrategias de afrontamiento cuando se enfrenten a situaciones de incertidumbre. En resumen, la preocupación, elemento central del TAG, funciona como una respuesta de evitación cognitiva que mantiene el problema: "Si me preocupo mucho, es probable que pueda evitar aquello que temo que ocurra".

2) Análisis conductual y entrenamiento en darse cuenta

En esta parte el terapeuta enseña al paciente a clasificar sus preocupaciones en tres categorías:

• Problemas inmediatos que están basados en la realidad y son modificables.
• Problemas inmediatos que se basan en la realidad, pero que no son modificables.
• Acontecimientos muy improbables que no se basan en la realidad y no son modificables.

La evaluación del grado en que un problema es modificable no sólo es el primer paso para poder aplicar la estrategia, sino que, además, es por sí mismo terapéutico, ya que los pacientes empiezan a percibir claramente y a aceptar, posiblemente, la incertidumbre implicada en las situaciones problema.

3) Intervenciones específicas sobre la preocupación (PIR 08, 145)

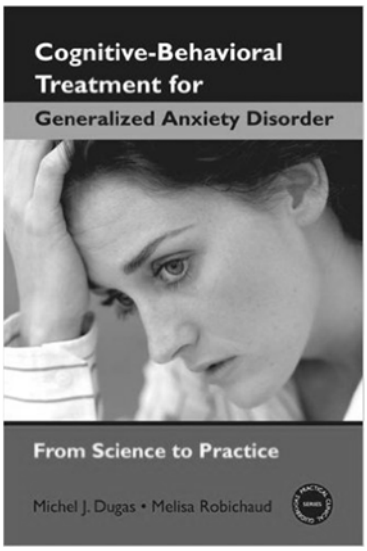
En función de la clasificación que el paciente haya llevado a cabo sobre sus preocupaciones, se ponen en marcha dos procedimientos:

• Entrenamiento en solución de problemas adaptado: se aplica a preocupaciones sobre problemas que se basan en la realidad. Si tiene solución, se aplica el entrenamiento en solución de problemas centrado en el problema y, si no lo tiene, se lleva a cabo entrenamiento en solución de problemas, centrado en la emoción **(PIR 11, 134)**.

• Exposición funcional cognitiva: se aplica a preocupaciones que se refieren a acontecimientos altamente improbables que no se apoyan en la realidad y que, por consiguiente, no son modificables **(PIR 14, 204; PIR 19, 44)**. Este tipo de exposición es similar a la que se realiza con las obsesiones: básicamente se construye una jerarquía de imágenes relacionadas con aquello que el paciente teme que ocurra, se graban descripciones detalladas y se escuchan hasta lograr la habituación. Es fundamental aplicar la prevención de respuesta cognitiva.

4) Reevaluación de la valoración de la preocupación

Los pacientes de TAG suelen sobrestimar las ventajas e infraestimar las desventajas del preocuparse. Esta parte del tratamiento pretende que examinen y reevalúen su valoración de la utilidad del preocuparse. Para ello, es necesario identificar las creencias sobre la utilidad de preocuparse que subyacen detrás de cada preocupación específica. A partir de aquí, pueden utilizarse técnicas cognitivas como el cuestionamiento socrático o pruebas de realidad para ayudar a reevaluar la utilidad de preocuparse **(PIR 07, 242; PIR 08, 137; PIR 09, 146)**.



Posteriormente el grupo de Dugas ha propuesto otro programa para el TAG que incluye seis módulos. Dicho tratamiento es una actualización del tratamiento anterior. Los módulos de la psicoterapia son (Dugas y Robichaud, 2007):

1) Psicoeducación y entrenamiento en darse cuenta de las preocupaciones **(PIR 19, 45)**.

Al explicar el modelo es importante distinguir entre dos tipos de preocupaciones, ya que van a requerir intervenciones diferentes:

- Preocupaciones que atañen a problemas actuales (el problema ya existe).
- Preocupaciones que tienen que ver con situaciones hipotéticas (el problema no existe todavía y en muchos casos no existirá).

En cuanto al entrenamiento en darse cuenta de las preocupaciones y del tipo de éstas, se trata de que el cliente aprenda a identificar sus preocupaciones y a distinguir los dos tipos de éstas. Para ello, se le pide que en tres momentos prefijados del día, deje lo que esté haciendo y anote en un registro una descripción de sus preocupaciones, la duración de éstas, el nivel de ansiedad (0-8) y el tipo de preocupación.

2) Reconocimiento de la incertidumbre y exposición conductual.

Los objetivos principales de este módulo son:

- Que el paciente comprenda el papel fundamental de la intolerancia a la incertidumbre en el desarrollo y mantenimiento de la preocupación y ansiedad excesivas.
- Alentar al paciente a reconocer y manejar la incertidumbre en su vida.

Para aumentar la tolerancia al paciente se le explica que es importante exponerse gradualmente a la incertidumbre eliminando las manifestaciones de intolerancia a la misma, esto es dejando de hacer las conductas que se realizan para eliminar la incertidumbre (estrategias de "aproximación") y haciendo lo que se evita para salvar la incertidumbre (estrategias de "evitación").

Ejemplos de estrategias de aproximación	Ejemplos de estrategias de evitación
– Querer hacerlo todo uno mismo y no delegar tareas en nadie (por ejemplo, hacer todas las tareas de casa uno mismo solo porque si no no puede estar seguro de que estén bien hechas). – Buscar gran cantidad de información antes de proceder con algo (por ejemplo, mirar muchas tiendas antes de elegir un regalo para alguien, pedir la misma información a un cierto número de personas). – Poner en duda una decisión que ya había tomado porque ya no está seguro de que sea la mejor decisión (por ejemplo, volver a pensar si se ha elegido bien el sitio de vacaciones). – Buscar tranquilización preguntando a otros (por ejemplo, consultar frecuentemente al médico por síntomas propios o de familiares cuya importancia se magnifica). – Buscar tranquilización mediante otras acciones (por ejemplo, llegar con antelación a las citas, levantarse inmediatamente cuando el niño llora por la noche). – Volver a comprobar y hacer las cosas otra vez por no estar seguro de haberlas hecho correctamente (por ejemplo, repasar un trabajo una y otra vez, volver a leer varias veces los emails antes de enviarlos para asegurarse de que no hay errores).	– Evitar situaciones que generan incertidumbre o hacen pensar en peligros (por ejemplo, negarse a leer noticias desagradables en el periódico o a hablar sobre ellas). – Evitar comprometerse totalmente con ciertas cosas (por ejemplo, no comprometerse en una relación de amistad o romántico porque el resultado es incierto). – Encontrar razones "imaginarias" para no hacer ciertas cosas (por ejemplo, hallar excusas para no irse de la casa familiar). – Posposición o aplazamiento (dejar para más tarde lo que puede hacer para ahora mismo) (por ejemplo, posponer una llamada telefónica porque no está seguro de cómo reaccionará la persona).

3) Reevaluación de la utilidad de la preocupación.

En la versión inicial del programa este módulo venía tras las intervenciones específicas para la preocupación (resolución de problemas, exposición en imaginación). Posteriormente, se adelantó su aplicación para facilitar que los pacientes estuviesen más dispuestos a reducir sus preocupaciones al disminuir las creencias sobre su utilidad.

Esta parte del tratamiento pretende que examinen y reevalúen su valoración de la utilidad del preocuparse. Para ello, es necesario identificar las creencias sobre la utilidad de preocuparse que subyacen detrás de cada preocupación específica. A partir de aquí, pueden utilizarse técnicas cognitivas como el cuestionamiento socrático o pruebas de realidad para ayudar a reevaluar la utilidad del preocuparse.

© CEDE – www.pir.es

4) Entrenamiento en resolución de problemas.

Para las preocupaciones sobre problemas actuales, se propone el entrenamiento en resolución de problemas, con dos componentes básicos: orientación hacia el problema y habilidades de solución de problemas.

5) Exposición en imaginación.

Se aplica a preocupaciones que se refieren a acontecimientos altamente improbables que no se apoyan en la realidad y que, por consiguiente, no son modificables. Este tipo de exposición es similar a la que se realiza con las obsesiones: básicamente se construye una jerarquía de imágenes relacionadas con aquello que el paciente teme que ocurra, se gran descripciones detalladas y se escuchan hasta lograr la habituación. Es fundamental aplicar la prevención de respuestas.

6) Prevención de recaídas.

En primer lugar, se revisan los conocimientos y habilidades aprendidas y se enfatiza la necesidad de seguir practicando dichas habilidades. En segundo lugar, se recuerda a los pacientes que habrá ocasiones en que experimentarán inevitablemente preocupación y ansiedad, y que utilicen estas ocasiones como señales para aplicar lo que han aprendido. En tercer lugar, es fundamental distinguir entre un contratiempo (fluctuaciones normales en preocupación y ansiedad) y una recaída (una vuelta al estado anterior a la terapia).

3.4.1.3. **Tratamiento de Borkovec**

Borkovec (2010) sugiere la utilidad de la exposición en imaginación a **experiencias negativas infantiles y traumas pasados**, además de hacerlo ante situaciones de la vida actual. Según este autor, estas experiencias son frecuentes en los pacientes con TAG y por lo tanto, esos temas emocionales más profundos estarían siendo evitados a través de las preocupaciones actuales.

Desde esta perspectiva propone una terapia cognitivo-conductual que incluye los puntos expuestos anteriormente en el resto de programas, y además incluye los dos siguientes, los cuales se aplican una vez dominados los anteriores:

• Procesamiento elaborativo del presente. Minimizar las expectativas y predicciones negativas focalizando la atención en el momento presente **(PIR 20, 140)**.

• Vivir de acuerdo con los propios valores. Una vez que la persona está viviendo más tiempo en el presente, se busca no sólo reducir la ansiedad y la preocupación, sino fomentar estados afectivos positivos.

3.4.1.4. **Terapia metacognitiva de Wells**

Wells (2009) ha sugerido, acorde con su modelo metacognitivo, que el tratamiento del TAG debe centrarse en el cuestionamiento de las metapreocupaciones en vez de en las preocupaciones tipo 1.

El tratamiento incluye la formulación individualizada del caso (análisis funcional), la educación sobre el tratamiento (presentación del modelo explicativo y orientación hacia el tratamiento que se seguirá) y el abordaje, mediante reestructuración verbal y experimentos conductuales, de dos tipos de creencias: creencias negativas sobre las preocupaciones y creencias disfuncionales sobre la utilidad de estas últimas.

La terapia metacognitiva ha sido superior a la lista de espera e igual de eficaz que el programa de tratamiento de Dugas en un estudio.

3.4.2. Entrenamiento en manejo de ansiedad

El **Entrenamiento en Manejo de Ansiedad** (EMA) de Suinn y Richardson también se ha empleado en el tratamiento del TAG. Se caracteriza por emplear procedimientos más conductuales y con un gran énfasis en el aprendizaje de la relajación como técnica principal. El EMA pretende entrenar a los individuos a identificar las sensaciones y señales de ansiedad internas cognitivas, emocionales y fisiológicas, especialmente los primeros signos de activación, y reaccionar entonces a estas señales con una nueva conducta que está diseñada para disminuir la aversividad de la respuesta de ansiedad. Esta nueva conducta es la habilidad de relajación (habitualmente la relajación muscular progresiva) **(PIR 07, 234)**.

Un análisis del EMA nos proporciona los siguientes objetivos, que se solapan:

1) Una explicación convincente del autocontrol.

2) Un patrón de respuesta de relajación básico a partir del cual desarrollar "habilidades de afrontamiento por medio de la relajación".

3) "Habilidades de afrontamiento por medio de la relajación" específicas que puedan aplicarse rápida y fácilmente en situaciones reales.

4) Un aumento del darse cuenta de las señales internas de la activación ansiosa, de modo que la percepción de estas señales pueda servir como estímulo para la iniciación de las "habilidades de afrontamiento por medio de la relajación".

5) Competencia y confianza dentro de las sesiones para llegar a darse cuenta de la activación ansiosa y el empleo de las "habilidades de afrontamiento por medio de la relajación" para reducir la ansiedad.

6) La aplicación segura de las "habilidades de afrontamiento por medio de la relajación" en la vida diaria para controlar la ansiedad y otros estados emocionales negativos, como la ira y la depresión.

El procedimiento de EMA suele ocupar de 6 a 10 sesiones, con una frecuencia semanal.

3.4.3. Relajación aplicada

El **procedimiento de relajación aplicada** ha sido llevado a cabo mediante la relajación muscular progresiva aplicada en situaciones inductoras de ansiedad imaginadas y reales o mediante la relajación aplicada de Öst (2000). La relajación aplicada incluye el aprendizaje de diversas técnicas de relajación (entrenamiento en respiración, relajación diferencial, relajación inducida por señal y, en ocasiones, relajación mediante imágenes) que se aplican posteriormente en una variedad de circunstancias: imaginando una jerarquía de situaciones ansiógenas externas e internas y en respuesta a situaciones de la vida diaria que generan preocupación y ansiedad.

3.4.4. Nuevas aproximaciones

Newman y cols. (2004) han desarrollado una **terapia integradora para el TAG** en la que se aplica secuencialmente en cada sesión de 2 horas la terapia cognitivo-conductual tradicional y técnicas interpersonales dirigidas a alterar las pautas problemáticas de relacionarse y técnicas experienciales orientadas a superar la evitación emocional. Las metas de la parte interpersonal/experiencial son, en primer lugar, identificar las necesidades interpersonales del cliente, las formas interpersonales actuales y pasadas con las que intenta satisfacer dichas necesidades y la experiencia emocional subyacente y, en segundo lugar, generar conductas interpersonales más eficaces para las propias necesidades. Para conseguir estas metas, se abordan cuatro dominios.

1. Problemas actuales en las relaciones interpersonales, incluyendo el impacto negativo que el paciente tiene en otros.
2. Orígenes de los problemas interpersonales actuales (por ejemplo, experiencias de apego y traumáticas).
3. Dificultades interpersonales que surgen en la relación con el terapeuta, incluyendo las rupturas en la relación terapéutica.
4. Procesamiento emocional en el aquí y ahora de los afectos asociados con los dominios anteriores.

Mennin (2004) ha propuesto la **terapia de regulación de las emociones** basándose en que las personas con TAG experimentan emociones negativas de modo más fácil e intenso, tienen problemas para identificar y comprender sus emociones, las valoran negativamente y no las aceptan, y tienen dificultades para regularlas.

Esta terapia integra componentes de la terapia cognitivo-conductual (por ejemplo, autorregistros, relajación, reestructuración de creencias, toma de decisiones…) con intervenciones centradas en las emociones y que van dirigidas a los déficits en regulación emocional (por ejemplo, entrenamiento en habilidades) y a la evitación emocional (por ejemplo, ejercicios experienciales). Además, se abordan también los problemas interpersonales de los pacientes.

Roemer y Orsillo (2007) creen que los pacientes con TAG reaccionan negativamente a sus experiencias internas (pensamientos, emociones, sensaciones) y se fusionan con ellas, es decir, creen que sus reacciones negativas a las experiencias internas son permanentes y constituyen una característica definitoria de la persona. Además, se da una evitación experiencial, es decir, una evitación deliberada o automática de las experiencias internas percibidas como amenazantes (por ejemplo, preocuparse para evitar experiencias más perturbadoras). Finalmente, hay una restricción conductual; la persona se ocupa menos en actividades valiosas o significativas, o bien es menos consciente de las mismas cuando las realiza.

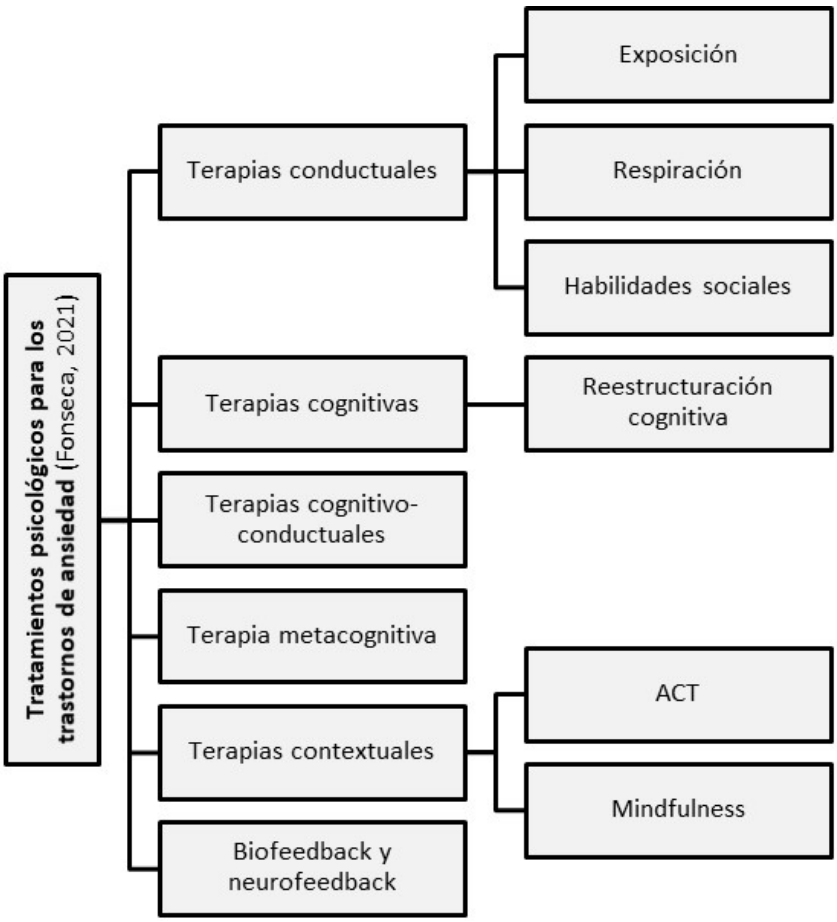
Teniendo en cuenta lo anterior, Roemer y Orsillo (2009) han integrado en su **terapia conductual basada en la aceptación** (TCBA) las aproximaciones de conciencia plena (*mindfulness*) y la aceptación de las propias experiencias con la terapia cognitivo-conductual. Concretamente, enfatizan:

- Aumentar la conciencia en el momento presente (prestar atención deliberadamente en el momento presente a las experiencias internas y externas sin juzgarlas ni controlarlas).
- Alentar la aceptación de las respuestas internas en vez de juzgarlas y evitarlas.
- Promover la acción en áreas importantes para el paciente.

Actualmente queda por ver si estas nuevas terapias serán más eficaces que los programas multicomponentes cognitivo-conductuales estándar, aunque ofrecen ideas que pueden ser muy útiles para el tratamiento.

© CEDE – www.pir.es

ESQUEMA DE CONTENIDOS



NIVELES DE RECOMENDACIÓN PARA LAS INTERVENCIONES PARA EL TRASTORNO DE PÁNICO (FONSECA, 2021)	A	B	C	D
TCC	1++			
TCC a través de ordenador	1+			
Terapia de autoayuda	1+			
Terapia conductual	1+			
Relajación aplicada		2++		
Terapia psicodinámica			2+	
ACT			2+	
Terapia cognitiva			2+	
Mindfulness			2+	
Psicoeducación			2+	
Terapia de apoyo			2+	

NIVELES DE RECOMENDACIÓN PARA LAS INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS PARA LA FOBIA ESPECÍFICA (FONSECA, 2021)	A	B	C	D
TCC (basada en la exposición)	1++			
Exposición	1++			
Terapia de autoayuda	1+			

NIVELES DE RECOMENDACIÓN PARA LAS INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS PARA LA ANSIEDAD SOCIAL (FONSECA, 2021)	A	B	C	D
TCC	1++			
Terapia de exposición	1+			
Terapia de autoayuda	1+			
Entrenamiento en habilidades sociales	1+			
Terapia psicodinámica		1-		
Terapia interpersonal			2+	
ACT				3

NIVELES DE RECOMENDACIÓN PARA LAS INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS PARA EL TAG (FONSECA, 2021)	A	B	C	D
TCC	1++			
Relajación aplicada	1+			
Psicoeducación	1+			
Terapia de autoayuda				3
Mindfulness				3

© CEDE – www.pir.es