



TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL

CURSO
2023 - 2024

Maria F.F

1. TERAPIA DE CONDUCTA EN TERMINOS DEL DSM-5

El **DSM-5** en su entreno en 2013 puso de relieve la crisis de los sistemas diagnósticos tradicionales, al extremo de ponerse a buscar alternativas.

Se ofrecen dos grandes alternativas:

1. **Búsqueda de dimensiones transdiagnosticas:** procesos psicológicos subyacentes comunes a distintas topografías clínicas.
2. **Uso de categorías diagnósticas:** como problemas neuróticos, psicóticos, del desarrollo y personalidad.

Ambas propuestas son coherentes como salida a la crisis diagnóstica y, sin embargo, son contradictorias.

En principio, la crisis diagnóstica no debería afectar a la TC, dado que:

1. **Basa sus conocimientos y procedimientos en principios generales del funcionamiento cognitivo**, por la psicología del aprendizaje y regulación de conducta.
2. **Aunque la TCC utiliza categorías diagnósticas, no se basa necesariamente en ellas**, sino en la evaluación de problemas psicológicos en términos funcionales: exceso, deficiencia o inadecuación.

Por otra parte, la **TCC** utiliza categorías diagnósticas, dispone de modelos y tratamientos específico para cada trastorno -> se vería **afectada por la crisis diagnóstica**.

Se observa una evolución de la TCC tradicional en la dirección de buscar dimensiones transdiagnosticas, así como tratamientos transdiagnosticos. Se está moviendo en la dirección de las terapias de tercera generación.

- ✚ **Terapias de tercera generación:** conjunto de nuevas terapias de conducta (ej.: terapia de aceptación y compromiso) que se caracterizan por poner en énfasis en el **ambiente o situación**, así como en el **contexto social verbal del yo** y en la **relación clínica** como contexto del cambio terapéutico. Son **transdiagnosticas**, ofreciendo a este respecto al concepto de evitación experiencial como una dimensión común a una variedad de topografías clínicas, y a la vez, se valen de categorías **diagnósticas**.

El hecho de que siempre aparezcan como figuras o categorías clínicas la ansiedad y la depresión pone de relieve maneras muy humanas de estar mal en el mundo.

La ansiedad y la depresión son experiencias, condiciones o categorías existenciales, antes que categorías clínicas, que pone de relieve nuestro modo de estar en el mundo, dadas las circunstancias.

- **ANSIEDAD O ANGUSTIA:** Ruptura o resquebrajamiento en nuestra seguridad y amarres de la vida que hasta ahora se mantenía segura: expuesto al vértigo de la libertad.
- **DEPRESIÓN O DESESPERACION:** Tienen que ver con la pérdida o alejamiento de algo valioso que realmente nos importa: la vida no parece tener sentido (dirección y significado) y uno se encuentra desganado, desvitalizado.

Los problemas psicológicos empiezan a darse y consolidarse cuando esas experiencias ya no sirven para la clarificación de la situación y la realización de algo resolutivo y, por el contrario, se entra en un proceso de **rumia, preocupación reiterada y de evitación** que sumerge en un bucle o círculo neurótico

- Este proceso de rumia, preocupación y evitación es una dimensión transdiagnostica patógena común que se arremolina como ansiedad o depresión según dónde este el centro de gravitación.
 - Futuro: ansiedad
 - Pasado: depresión

Dependiendo también del estilo de personalidad preocupado o pensativo de cada uno.

- Algo similar ocurre con otras formas clínicas como el TOC y los trastornos de alimentación, donde reaparecerían de nuevo dimensiones transdiagnósticas, o la psicosis, empezando por la esquizofrenia, cuyo aspecto dimensional transdiagnóstico se podría encontrar en un tipo de **hiperreflexividad** o **autoconciencia intensificada** sin que falte **la evitación**.

Las categorías diagnósticas siguen en pie, no como un puñado de síntomas, sino de figuras con estructura, cuyo patrón organizativo o desorganizado, sería un patrón patógeno de evitación o hiperreflexividad que se configura de diversas maneras. La TC no solo está en esta línea, sino que contribuye a su consolidación.

El esquema de análisis funcional de los problemas junto con las operaciones terapéuticas que caracterizan a la terapia de conducta son garantía de este enfoque dimensional transdiagnóstico y a la vez de un uso que no cosifica ni descontextualiza las categorías clínicas.

2. INTRODUCCION AL ESQUEMA A-B-C

El enfoque A-B-C es utilizado tanto por parte del enfoque cognitivo como del enfoque contextual, pero con un uso distinto.

A-B-C DEL ENFOQUE COGNITIVO DE LA TERAPIA DE CONDUCTA.

- **A** son los acontecimientos de la vida que están relacionados con determinadas consecuencias emocionales y conductuales que definen un problema o trastorno psicológico, aquí representado por **C**.
- La relación entre **A** y **C** esta mediada por **B**, que son las creencias, imágenes y los pensamientos que se tienen sobre los acontecimientos y demás circunstancias de la vida (**A**).
- Si las mediaciones cognitivas **B** tienen un signo negativo (irracional, catastrófico, autoderrotista), entonces traen probablemente consecuencias problemáticas.

A	B	C
ACONTECIMIENTOS	CREENCIAS	CONSECUENCIAS
SITUACION	IDEAS	EMOCIONES
CIRCUNSTANCIA	PENSAMIENTOS	CONDUCTAS
EVENTO ACTIVADOR	INTERPRETACIONES	
	EVALUACIONES	

Este esquema fue propuesto por **Albert Ellis** a principios del **1960** como **modelo de la terapia racional emotiva**, actualmente denominada racional emotiva-conductual, y considerada en la actualidad un modelo terapéutico. Así mismo, este modelo es adaptado formalmente por la terapia cognitiva de Beck en su extensión a trastornos psicóticos.

El análisis psicológico o evaluación conductual empieza por determinar el problema en términos conductuales y de las reacciones emocionales. El clínico trata de relacionar los problemas con acontecimientos y circunstancias actuales y pasadas. Sin embargo, **el principal interés**, y la mayor dificultad, están en **identificar las creencias y pensamientos derivados de estos posibles antecedentes que han resultado en las consecuencias problemáticas**. Además de la entrevista, se dispone de cuestionarios, escalas, y auto-registros que averiguan posibles relaciones entre situaciones, pensamientos, emociones, y acciones.

El contenido de esta mediación cognitiva depende de la modalidad cognitivo-conductual en uso.

- TREC de Ellis: descubrir creencias irracionales
- La terapia cognitiva de Beck: esquemas cognitivos y distorsiones en el PI
- El entrenamiento auto-instruccional de Meichenbaum: repara sobre todo en lo que uno se dice a sí mismo
- TCC del pánico de Clark: la interpretación de sensaciones corporales.

El proceder supone una relación colaboradora entre el terapeuta y el cliente. Esta colaboración tiene un cierto aspecto educativo, semejante de alguna manera a la formación de la investigación científica.

El terapeuta propone al cliente una nueva concepción de su problema (la determinación de C por B, no siempre fácil de asumir), y le compromete a ponerla en práctica. **El esquema A-B-C empleado por la TREC incluye:**

- La **D** de discusión (aspecto cognitivo): el aspecto cognitivo puede consistir en el análisis de la evidencia empírica que sostiene una creencia, la revisión de las palabras con las que se describen las situaciones, exploración de respuestas alternativas...
- La **E** de experimentación (aspecto conductual): se resuelve frecuentemente en el ensayo de conducta, la exposición en vivo, la programación de actividades, tareas para casa, entrenamiento en habilidades, la realización de experimentos conductuales.
- Y también de efectos de la discusión (cognitivos, emocionales y conductuales).

La **D** y la **E** más que etapas añadidas, son momentos inscritos en el propio esquema A-B-C. Supondrían nuevas consecuencias y, en definitiva, un “mejor esquema” de vida.

A-B-C DEL ENFOQUE CONTEXTUAL DE LA TERAPIA DE CONDUCTA.

Presenta otra lógica y otro proceder. En este esquema:

- **B** es la conducta (behavior)
- **C** son las consecuencias producidas por tal conducta en calidad de reforzadores
- **A** son los antecedentes en cuyas condiciones ocurre la conducta.

La conducta puede tener más de una consecuencia (varios reforzadores) que la mantienen. Técnicamente, se hablaría de **programas de reforzamiento concurrentes**, como suele ser el caso en las conductas de interés clínico.

Los antecedentes se especifican según su función. Distingue 4 condiciones antecedentes principales.

1. Situaciones definidas por su aspecto evocador de respuestas emocionales cuya función se denomina **estimulo condicionado (EC)**
2. Situaciones definidas por el control de estímulo cuya función se denomina **estimulo discriminativo (Ed)**
3. Situaciones definidas por su papel en alterar las funciones discriminativas y reforzantes de los estímulos presentes, lo que se llama técnicamente **operaciones de establecimiento**.
4. Situaciones definidas por el **control del lenguaje** sobre la conducta. La conducta puede ser tanto “conducta motora” (no verbal) como conducta verbal. Este control verbal, se identifica en términos de conducta gobernada por reglas.

Su forma esquemática mínima se encuentra más usualmente en la fórmula **Ed: C → R**, a partir de la que se registran las diversas relaciones de contingencia. Esta fórmula se leería así: **En presencia de cierto estímulo discriminativo (Ed), determinada conducta (C) probablemente venga seguida de tal reforzados (R).**

La **conceptualización de los problemas psicológicos** se atiene al **análisis funcional**. Este análisis funcional describe los problemas psicológicos en términos conductuales y especifica sus condiciones. De esta manera, los problemas tienen que ver con alguno de estos 2 grandes aspectos de la función operatoria de la conducta: o bien los problemas consisten en las clases de conducta disponibles o bien consisten en su regulación inapropiada.

- a. **Respecto a los problemas relativos a la clase de conductas disponibles**, pueden ser repertorios conductuales que resulten inadecuados para uno mismo, por deficientes o excesivos o que sean perturbadores para otros.
- b. **Respecto a los problemas relativos a la regulación inapropiada de la conducta**, puede tratarse de un control débil, demasiado fuerte o inadecuado de las condiciones discriminativas, de las consecuencias o de las reglas.

La **evaluación conductual** es el análisis funcional de la conducta, se lleva a cabo mediante la entrevista clínica dirigida a especificar relaciones funcionales, observación directa...

La evaluación conductual del lenguaje dado en la relación terapéutica se ha de llevar en el propio proceso interactivo, donde el clínico es entonces un observador-participante. Por ello se hace imprescindible el manejo continuo de criterios formales.

Una vez definido el problema en termino funcionales, queda planteado el cambio como intervención en las condiciones (A y C) de las que depende la conducta (B). Este **cambio de la condiciones antecedentes y consecuentes** puede venir por:

- Terceros, que controlan el contexto en el que se da la conducta de la persona.
- Propia persona que autocontrola las condiciones de su propia conducta.
- Situaciones intermedias en las que el cambio este negociado por los participantes de una relación, por ejemplo, la misma relación clínica.

En general se diferencian **3 formas de intervención**:

1. **Intervenciones con base en la exposición.** Consiste en la exposición del sujeto ante ciertas situaciones evitadas o en la presentación de determinados estímulos, cuyas técnicas clásicas son la exposición prolongada y la desensibilización sistemática.
2. **Intervenciones con base en el manejo directo de contingencias** (sucesos que pueden suceder o no). Consisten en la disposición de alguna condición discriminativa y reforzante (valiéndose de varias técnicas como el control de estímulo, el moldeamiento o sistemas de organización de contingencias).
3. **Intervenciones con base en el control verbal.** Consisten en el uso del lenguaje como principal instrumento terapéutico. En este sentido, se pondera el “manejo indirecto” que está implicado, sobre todo, cuando se trata de reglas que definen contingencias y/o instruyen acerca de cómo comportarse. Pero el lenguaje puede constituir él mismo un contexto en el que se da la conducta-problema, de manera que el propio lenguaje (como instrumento terapéutico) modifique entonces el lenguaje dado como contexto social verbal. En estas condiciones terapéuticas, la conducta verbal supone tanto un “manejo indirecto” de contingencias (relativas a la vida cotidiana), como está sometida al “manejo directo” de las contingencias que funcionan en la sesión de terapia.

Esta modalidad de intervención, con base en el lenguaje, ha estado tradicionalmente mal entendida o descuidada, por parte de la TC, cuando es la conducta más frecuente en la terapia. Lo que se requiere al respecto es su consideración como tal conducta -> su análisis funcional. (Skinner, 1957 “Conducta Verbal”)

3. OPERACIONES TERAPEUTICAS QUE DEFINEN LA INTERVENCION CLINICA EN LA TC

Una “categorización lógica” del proceder técnico. Se distinguen 6 tipos de operaciones terapéuticas que, en todo caso, se dan en la práctica de un modo intrincado y sin que necesariamente estén formuladas así:

1. **Observación de la conducta.** No supone una intervención, pero no deja de ser una “operación” del terapeuta. Forma parte de la evaluación y en este sentido es una tarea inicial, especialmente, cuando se trata de establecer una línea-base del funcionamiento de la persona en una situación determinada. Es igualmente una tarea continuada en el curso de la terapia, en cuyo caso se podría hablar de observación-participante. El mayor interés de la observación es el establecimiento de relaciones funcionales y no meramente el registro de tasas de conducta.
2. **Presentación de estímulos.** Es, igualmente, una tarea de evaluación. Alude a la exposición de algún reactivo para determinar la respuesta. Puede ir desde los ítems de un test, hasta las confrontaciones con ciertos asuntos indagados en una entrevista y situaciones sociales que comprometen una actuación.

3. **Disposición de condiciones antecedentes.** Se incluyen “operaciones” que intervienen en alguna circunstancia en cuya presencia se da la conducta. Según el esquema A-B-C (enfoque contextual), son relativas a condiciones antecedentes (A). Tiene varias formas según la función modificada.
- **La forma de referencia es la disposición de alguna función discriminativa denominada **control de estímulo**.**
El control discriminativo está dentro de la disposición de condiciones consecuentes, por lo que se inscribiría también ellas. Puede consistir en un control verbal, con lo que se remitiría a la disposición de funciones verbales.
 - Otra forma de disposición de condiciones antecedentes tiene que ver con la función de estímulo **EC**. Conciernen a las formas de intervención con base en la exposición, en vivo o en imagen. El terapeuta dispone una situación ante la que se expone el sujeto o un arreglo estimular que le presenta.
4. **Disposición de condiciones consecuentes.** Se refieren a las operaciones que suponen un arreglo de las consecuencias de la conducta. Es decir, consisten propiamente en el manejo de contingencias, el cual incluye el control antecedente. Tiene sus peculiaridades según los contextos de aplicación. Se distinguen 3 contextos:
- **El de la sesión clínica**, viene dado por la propia relación terapéutica. Pueden ser tan artificiosas como un “sistema de puntos” y tan naturales que coincidan con la relación interpersonal. La sesión clínica puede contener ensayos de conducta y otros ejercicios prácticos. El terapeuta forma parte de las contingencias de reforzamiento. La relación terapéutica puede convertirse en un contexto natural.
 - **El de un ámbito institucional.** Ámbitos educativos y psiquiátricos en los que se ha desarrollado el análisis aplicado de la conducta. Contexto diseñado según un sistema de contingencias. Se incluyen las comunidades terapéuticas
 - **El de la vida cotidiana**, se refiere a las circunstancias diarias del cliente. Puede estar mediada por el propio cliente (asumiendo el autocontrol) o por otras personas que participen en la terapia. Los cambios pueden consistir en arreglos en la estructura espacial o temporal y en el trato interpersonal.
5. **Disposición de funciones motivacionales.** Se refiere a las operaciones de establecimiento. Se trata de operaciones que alteran la función de los reforzadores y de los estímulos discriminativos y, en definitiva, de todas las relaciones de la contingencia de 3 términos.
Se consideran también “operaciones de establecimiento” ciertos acontecimientos de la vida como el éxito, el fracaso y todas aquellas circunstancias que alteran la relación habitual con las cosas. Ej.: la depresión.
6. **Disposición de funciones verbales.** El lenguaje es tanto un medio como un objetivo del cambio psicológico. En este sentido, se van a distinguir 4 tipos principales de operaciones verbales dadas en terapia:
- **Operaciones verbales consistentes en reglas que gobiernan la conducta no verbal.** Funciones verbales por las que se especifican las contingencias y/o las conductas.
 - Especificación de contingencias. Se describen las circunstancias para facilitar el contacto con la realidad, de modo que uno sabe mejor a qué atenerse.
 - Especificación de conductas. Se prescribe la conducta requerida o conveniente para cada situación, de modo que uno sabe mejor cómo hacer.
 - **Operaciones verbales que establecen funciones motivacionales.** Mediante el lenguaje se puede alterar la función motivante tanto del reforzador como del discriminativo.
 - **Operaciones verbales que reparan en la propia conducta verbal.** No se trata únicamente de aclarar lo que se quiere decir o de subrayar algo, sino también de especificar las implicaciones de lo que se dice y, en su caso, de modificar o ajustar el significado. Las operaciones verbales se pueden identificar como reglas Ej.: la revisión de los “tendría que” o “deberías” llevados por la TREC.
 - **Operaciones verbales consistentes en la alteración de reglas.** Reglas que alteran el funcionamiento de reglas establecidas. Cuando la terapia requiere “remover creencias” en que se arraigan ciertos problemas, lo 1º que se encuentra es la dificultad en percibir esa estructura (pre)lingüística. Si la

dificultad está en reconocer este trasfondo de esquemas, creencias, contexto, reglas o contingencias, más difícil será su reestructuración. Hay que destacar ciertas intervenciones en este sentido:

- **Diálogo socrático.** El punto sería una discusión que fuera moldeando una nueva concepción de las cosas valiéndose de los materiales generados por el propio interlocutor y, en su caso, propuestos por el terapeuta. Puede ser visto en este contexto como una forma de moldeamiento (Pérez Álvarez, 1993). El diálogo socrático parece terapéuticamente tan correcto que apenas hay terapia que no se reconozca en él. Quizá la TC es la que mejor se aviene con el diálogo socrático. Se vería como la construcción del conocimiento mediante aproximaciones sucesivas sabiamente moldeadas.
- **Paradoja**, cuya característica es descolocar y reestructurar el sentido común o contexto en el que se inscribe un problema.
- **Metáfora.** Hace ver una cosa que pudiera ser difícil de captar, a través de su semejanza con otra que se ofrece con toda su nitidez en el aspecto relevante y que funciona, por tanto, como vehículo que permite establecer una similitud.

1. *Observación de la conducta*
2. *Presentación de estímulos*
3. *Disposición de condiciones antecedentes*
Técnicas de exposición
Control de estímulo
4. *Disposición de condiciones consecuentes*
Contexto de la sesión clínica
Contexto institucional
Contexto cotidiano
5. *Disposición de funciones motivacionales*
Operaciones de establecimiento
6. *Disposición de funciones verbales*
Reglas que gobiernan la conducta no-verbal
Reglas motivacionales
Reglas *autoclíticas*
Reglas que alteran otras reglas
Diálogo socrático
Paradoja
Metáfora

4. CARACTERIZACION DE LA TC EN RELACION CON OTRAS TERAPIAS

La TC se puede caracterizar como una **terapia breve, directiva, activa, centrada en el problema, orientada al presente, que supone una relación colaboradora y en la que el cliente puede ser un individuo, una pareja, una familia, un grupo o una comunidad**. Ahora bien, estas características son dimensionales de modo que su posición en ellas es más gradual que discreta

1. Breve-Larga.

- **Terapias breves** las que llevan menos de 30 sesiones, siendo en torno a 15 el punto de referencia. TC, la terapia estratégica, la terapia existencial y la terapia experiencial. El psicoanálisis también ha desarrollado psicoterapias que pueden ser breves
- **Las terapias de larga duración** remiten a más de 100 sesiones (psicoanálisis clásico). Hay ciertas terapias dentro de la propia TC que pueden resultar de larga duración, como la TC de los trastornos de personalidad, la psicoterapia analítica funcional y la terapia de conducta dialéctica.
- **Duración y frecuencia de las sesiones de la TC.** La sesión suele durar entre 1 y 2 horas. Las primeras quizá son más largas, para después estabilizarse en torno a una hora. La frecuencia suele ser de una vez

por semana, si bien al comienzo pudieran ser 2 y posteriormente hacerse más espaciadas. El terapeuta puede seguir una agenda o proceder según un orden abierto. Conviene que el terapeuta y el cliente establezcan los objetivos de la terapia por anticipado, sin perjuicio de su renegociación.

2. **Directiva-Permisiva.** Las terapias directivas aquéllas en las que el terapeuta adopta un papel activo en la dirección de la terapia. El contrapunto permisivo lo daría una actitud no-directiva figurada cual espejo que refleja lo que pone el cliente (NO influir en su espontaneidad). Un papel directivo toma la forma de la interpretación del “material” presentado por el cliente. La interpretación es la técnica analítica por excelencia. Otra pauta directiva se identifica en un cierto papel educativo consistente en dotar al cliente con una nueva explicación y terminología.
3. **Activa-Pasiva.** Una terapia directiva parece suponer una implicación activa del cliente, mientras que una permisiva sugiere más bien un sujeto pasivo. Sin embargo, hay terapias en las que el terapeuta puede ser activo y el cliente pasivo.

En general, las terapias que confían el cambio al insight, al “reencuadre” del sistema comunicacional o a la información, están contando con un sujeto pasivo, por más que invoquen la actividad de procesos mentales.

4. **Orientada al Problema-Orientada a la Personalidad.**
 - **Terapias orientadas al problema** toman como objetivo resolver el problema presentado, sin suponer que fueran necesarios otros cambios “estructurales”. En principio, la TC serían ejemplos de este tipo
 - **Terapias orientadas a la personalidad**, no consideran resuelto el problema si no se dan otros cambios que consideran más básicos como puedan ser el autoconocimiento psicoanalítico, el crecimiento personal, la toma de responsabilidad o la reestructuración cognitiva.

Las terapias de reestructuración cognitiva una orientación a “problemas generalizados”, lo que también se podría decir de la terapia contextual y de la terapia de conducta dialéctica. Si bien los enfoques dinámicos tienen una clara orientación a la personalidad, la TC y la terapia estratégica serían ejemplos mixtos, aunque quizás más orientados al problema.

5. **Presente-Pasado.** Todas las psicoterapias de inspiración psicoanalítica siguen el hilo de los “síntomas” aquí-ahora hasta llegar al allí-entonces.
 - La terapia gestáltica, la terapia estratégica, así como en general las experienciales están basadas en el presente.
 - La TC está igualmente orientada al presente, si bien su lógica con base en el aprendizaje supone más un cambio diacrónico paso a paso (de cara al futuro).
6. **Relación colaboradora-Relación autoritaria.** Todas las terapias se declaren a favor de una relación colaboradora. Esta colaboración, en algunas, quizá se diluya en sus extremos, bien como relación autoritaria (impositiva), bien como relación de igualdad (fingida). Aquí, se entiende por relación colaboradora la participación del cliente en una labor terapéutica dirigida por el clínico, como profesional experto en el que confía.
 - **El prototipo de relación colaboradora** en este sentido se encuentra en la terapia cognitiva de Beck.
 - **La relación autoritaria** en un sentido impositivo se encuentra en la terapia psicoanalítica establecida por Freud.
7. **Todas las unidades problemáticas-No todas.** El cliente de una terapia psicológica puede ser un individuo, una pareja, una familia, un grupo o toda una comunidad, denominados aquí “unidades problemáticas”. En general, todas las terapias se muestran aptas para entender y atender cualquier unidad problemática.

	Breve	Directiva	Activa	Orientada al problema	Situada en el presente	Relación colaboradora	Todas las unidades problemáticas
Terapia Psicoanalítica		✓					
Psicoterapia Psicoanalítica	(✓)	✓	(✓)			✓	
Terapia Gestáltica	✓	✓	✓		✓	✓	
Análisis Transaccional	✓	✓	✓		✓	✓	
Terapia Existencial	✓	✓	✓		✓	✓	(✓)
Terapia Estratégica	✓	✓	✓	(✓)	✓		(✓)
Terapia Centrada en la Persona	✓				✓		
Terapia Experiencial	(✓)	(✓)	(✓)		✓	✓	
Modificación de Conducta	✓	✓	✓	(✓)	✓	✓	✓

Tabla 4. Características de la Terapia de conducta en relación con otras Terapias

1. INTRODUCCIÓN

La terapia de conducta, más conocida en los últimos años como TCC, es el resultado del desarrollo del conocimiento científico desde sus orígenes al momento actual. Desde las aplicaciones pioneras de la “modificación de conducta” hasta el momento actual (terapias de conducta de 3ª generación), la TC se ha visto enriquecida en sus fundamentos teóricos y empíricos.

El paso del tiempo que nos trae a la situación actual es un ejemplo de diversas inconsistencias, propias de la condición humana a la que no es ajeno el psicólogo y el científico.

- **Se confunde el descubrimiento individual con el científico.** Algunos autores y personas consideraron un gran hallazgo el que la TC se fijara en lo cognitivo, como elemento fundamental del ser humano. Nunca dejó de fijarse en lo cognitivo. Forma parte del comportamiento como elemento de respuesta y del medio ambiente, como antecedente y/o consecuencia.
- **Se confunde la teoría con la práctica.** En teoría el miedo, la ansiedad o el estrés tienen un valor adaptativo, sin embargo, utilizamos técnicas de control del estrés, reducción del malestar, combatir la ansiedad, etc. Lo que decimos es que el estrés, la ansiedad, la angustia...son malos. Esto plantea una incongruencia obvia entre los fundamentos y la práctica de la TC y la intervención terapéutica.

2. LA FORTALEZA DE LA TCC

Las siglas **TCC** (CBT en inglés) son **un referente de eficacia** en ámbitos muy diversos de la salud (reconocida por toda la comunidad científica). No sólo se ha mostrado eficaz en el abordaje de los principales trastornos, sino que frecuentemente es más eficiente que los tratamientos alternativos farmacológicos.

Uno de los elementos que sustentan esta positiva condición de la TCC está en sus orígenes: el interés por el uso de una **metodología experimental**. En consecuencia, se cuenta con programas que establecen unos criterios de eficacia mensurables y que pueden ser aplicados de forma protocolizada. Es natural que dadas esas condiciones el progreso científico permita mejorar de modo progresivo y acumulativo las intervenciones haciéndolas más eficientes.

3. AREAS SUSCEPTIBLES DE MEJORA

- No todas las personas se benefician del mismo modo de las terapias bien establecidas, por ello hay que **adaptar los tratamientos** a esos casos (problemas graves o crónicos, trastornos complejos como los trastornos de personalidad.).
- Otro aspecto clave es **conocer cómo trabajan los tratamientos**. Para ello es preciso partir de modelos psicopatológicos que vengan ligados a tratamientos concretos y a cambios susceptibles de comprobar que efectivamente ejercen su acción sobre lo que proponen.
- Hay interés por **sustentar y fundamentar teóricamente los tratamientos**. La obtención de datos que sustenten la eficacia no es suficiente para que éste se integre de forma efectiva en el cuerpo de conocimiento científico. Aunque, del mismo modo, hay una parte de psicofármacos que no se han justificado teóricamente, sino por los efectos que tienen y que pueden ser beneficiosos.
- Es necesario conocer **qué variables del proceso terapéutico y del paciente “median” de forma efectiva la eficacia de la terapia**.

3.1 CÓMO MEJORAR LA TC

Desde finales del siglo pasado a la actualidad se han producido notables aportaciones que pueden contribuir a mejorar la TCC. Aunque no han surgido de forma organizada, sí tienen elementos en común que ha hecho que, a posteriori, se las caracterice con la etiqueta de terapias de conducta de 3ª generación.

Se da una coincidencia entre ellas en su planteamiento, fundamentación, técnicas terapéuticas y el tipo de trastornos o problemas para el que son aplicadas.

Los elementos característicos de estas terapias son:

1. **Dar más importancia a la experimentación, a la práctica de la conducta, que a su interpretación y al uso de instrucciones.** Un predominio del aprendizaje por contingencias, frente al aprendizaje por reglas.
2. **Considerar las funciones de las conductas por encima de las conductas en sí.** Naturalmente las conductas en concreto son accidentales, sin embargo, no lo son sus funciones, que permanecen y pueden ser logradas por una amplia variedad de ellas.
3. **Importancia del contexto y en consecuencia del análisis funcional e individual.** Explicar por qué los tratamientos fracasan con determinadas personas o cómo los problemas crónicos o graves presentan más dificultades.
4. **Buscar un sustento teórico general a los trastornos y a la intervención.**
5. **Destacar el papel de las emociones y de su experimentación.** Reconociendo la importancia de que la persona sienta de forma natural y normal sus sensaciones y emociones, con independencia de su valencia.
6. **Poniendo al lenguaje y a la racionalización en un 2º lugar.** Ser capaz de separar el lenguaje de su función simbólica para que no suponga una interferencia adicional.
7. **Destacar la importancia de la relación terapéutica y considerar ésta como un elemento clave de la terapia,** partiendo de que la interacción con el paciente es un contexto más que está al servicio del tratamiento.
8. **Adoptar una postura más educativa que correctiva en la terapia, un enfoque más permisivo que autoritario.** No se trata de decirle al paciente qué tiene que hacer o pensar, sino entender el contexto en el que se producen los problemas y procurar un cambio contextual.

Terapias de 3ª generación que han retomado estas consideraciones:

TERAPIA ACEPTACION Y COMPROMISO	TERAPIA COGNITIVA BASADA EN EL MINDFULNESS	PSICOTERAPIA ANALÍTICO FUNCIONAL	TERAPIA CONDUCTUAL INTEGRADA DE PAREJA
LA ACTIVACION CONDUCTUAL	TERAPIA DE CONDUCTA DIALECTICA	TERAPIA METACOGNITIVA	TERAPIA BREVE RELACIONAL

3.2 PRINCIPALES DESARROLLOS TERAPEUTICOS

Principales tipos de terapia con mayor sustento empírico.

3.2.1 Terapia de Aceptación y compromiso (ACT)

FUNDAMENTOS

Entronca con la tradición skinneriana que prima un “acercamiento descriptivo” del comportamiento en su entorno, en lugar de la búsqueda de las causas de la conducta.

Interesa **identificar relaciones funcionales que ligan probabilísticamente cambios ambientales y comportamentales.** Se asume que el comportamiento no puede ser explicado fuera de contexto y son los patrones de covariación con el contexto, lo que permite predecir y modificar la conducta. Se trata más de un acercamiento correlacional (**contextualismo funcional**) que experimental.

Considera que muchos de los trastornos y problemas psicológicos provienen del esfuerzo que las personas realizan por reducir la intensidad, frecuencia, duración o el modo en que se ven afectados por sucesos privados desagradables. Este fenómeno es considerado como una conducta denominada **evitación experiencial**, y se convierte en una fuente de problemas por sí mismo. La evitación experiencial suele ser persistente por 2 razones principales:

1. Al tratarse de una **conducta reforzada negativamente**, el más mínimo efecto de la persona para reducir el malestar refuerza la evitación.
2. **Es de carácter sociocultural y en gran medida transmitida por lenguaje.** Sentirse bien, ser feliz, ser optimista, etc., se convierten prácticamente en una obligación. En consonancia con ello deben buscarse los pensamientos positivos, las emociones positivas, de modo que desplacen a los pensamientos y afectos negativos. Lo que las personas se dicen contribuye a que la evitación experiencial persista.

El tomar el mundo simbólico del lenguaje como real agrava notablemente los problemas psicológicos. La persona se hace más insensible al contexto real, al ambiente en que vive, y vive, por el contrario, en sus pensamientos en su mundo.

COMPONENTES

Los componentes básicos de ACT son: la **aceptación, la difusión cognitiva, el yo en perspectiva, el contacto con el momento presente, identificación de valores y compromiso de acción.**

- **Aceptación:** supone reconocer como normales y propios del ser humano el malestar, las emociones negativas y cualesquiera otros pensamientos o emociones desagradables. Se anima al paciente a que sienta esas emociones negativas como algo natural y que no huya de ellas o pretenda enmascararlas. La experimentación natural de dichas emociones permite su autorregulación. Se debe, en primer lugar, aceptar la existencia de los problemas, también en términos emocionales, para valorar los recursos e intereses y volver a la vida de forma efectiva.
- **Difusión cognitiva:** supone desactivar el poder del lenguaje. Así el pensamiento: “el trabajo es difícil” supone que el trabajo real quede atrapado por todo aquello que significa dificultad. El eliminar esa asociación entre el lenguaje y la realidad es esencial para que la persona recupere la flexibilidad necesaria para responder de forma adecuada en el medio ambiente natural.
- **Yo en perspectiva:** es un caso particular de fusión cognitiva, en esta ocasión referida a la persona en sí. Cuando una persona se dice “soy un inútil” está identificándose de forma generalizada como ser inútil. Es necesario hacer ver a la persona que los pensamientos no son hechos, esto es, que no es lo mismo pensar “soy un inútil”, que decir “tengo el pensamiento de que soy inútil”, además es preciso contextualizar el pensamiento, o sea contextualizar el yo.
- **Contacto con el momento presente (mindfulness):** implica un esfuerzo por la experimentación de lo que acontece, frente a las limitaciones que el lenguaje establece. Los pensamientos, el lenguaje, valoraciones, etc. se comportan como barreras que impiden percibir e interaccionar en contextos concretos. Se propone que la persona experimente y viva el momento presente como una condición necesaria para ser más efectivo en la consecución de sus objetivos. El momento presente puede ser también pensar o reflexionar.
- **Identificación y clarificación de valores:** es preciso identificar los valores que permitan dirigir la actividad, esfuerzo y determinación a lo que se quiera lograr. Conviene que la persona haya practicado la aceptación.
- **Compromiso de acción:** se entiende que la persona que busca atención terapéutica lo hace porque ha perdido su capacidad para gobernar su vida, para lograr sus objetivos. El sentido de la terapia es que pueda volver a tomar las riendas de su vida y llevarla a donde desee según sus objetivos y valores. Esto se llevará contando con las dificultades desagradables que acontecen de forma natural y que, aunque afectan al propósito y actividad definida, no la comprometen. Este compromiso de acción está presente desde el comienzo. Es preciso hacer notar que el único medio con que cuenta una persona para procurarse una vida es a través de su comportamiento, en interacción con el medio en que se encuentra inmerso.

CARACTERISTICAS DE LA TERAPIA

La ACT se aplica en un formato psicoeducativo, en él se va instruyendo a la persona en los componentes indicados. Incluye explicaciones basadas en el uso de metáforas. Se realizan ejercicios y actividades que van comprometiendo en la solución del problema.

Los programas de tratamiento pueden tener un formato grupal o individual. Existen diversos protocolos de tratamiento, habiendo algunos específicos que se ajustan a trastornos concretos.

EVIDENCIA EMPÍRICA

En el tratamiento de los trastornos de ansiedad la ACT se ha mostrado eficaz cuando ha sido comparada con una aplicación convencional de TCC.

Ventajas frente a la TCC:

- Mejor aceptada por los pacientes
- Mejores resultados
- Mayor mejoría tras un seguimiento de un año.

Se considera mejor la ACT que:

- Procedimientos de supresión y de control emocional en ansiedad
- TCC o con terapia cognitiva en depresión
- Tratamiento médico habitual en depresión
- TCC convencional y tratamiento medio convencional en dolor crónico (la aceptación permite reducir el impacto del trastorno en la vida del paciente)
- Tratamiento de la sintomatología psicótica, adicciones, y en diversos trastornos de conducta.
- También ha sido comparada con la DS (resultado similar).

Las investigaciones de ACT se han ocupado especialmente de averiguar qué variables son responsables del cambio terapéutico.

PROCESO TERAPÉUTICO

La ACT compromete la credibilidad de los pensamientos disfuncionales o depresogénicos (desactivación de la literalidad del lenguaje), en lugar de afectar a la frecuencia de éstos.

También en el caso de las alucinaciones en la psicosis, el éxito clínico es mediado por la pérdida de credibilidad de éstas.

Otro ejemplo de acción diferencial puede verse en el uso del entrenamiento de inoculación de estrés.

El éxito terapéutico de ACT fue mediado por las puntuaciones en **flexibilidad psicológica**, y no por cambios en el contenido de los pensamientos disfuncionales.

- 🚦 **Flexibilidad psicológica:** habilidad para estar abierto a las experiencias en el momento presente y adaptar la conducta a las circunstancias presentes y a los objetivos y valores personales.

Se ha mostrado también como mediador del éxito terapéutico de ACT en el dolor crónico. Este efecto también en el tratamiento del tabaquismo.

Los datos indican que la **eficacia de ACT** es debida a una mejora en la capacidad de adaptación de la persona en términos de **flexibilidad psicológica** y de **mejora de aquellos factores responsables de la evitación experiencial**.

3.2.2 Activación Conductual

FUNDAMENTOS

La activación conductual o terapia de activación conductual, está orientada principalmente al tratamiento de la **depresión**. Entronca con la tradición propia de la terapia de conducta, concretamente con el condicionamiento operante. La **falta de reforzamiento** implica una reducción radical del comportamiento, lo que le conduce a una profunda depresión. Se opta por procedimientos de **activación conductual** como tratamiento de la depresión. Un enfoque **centrado en el contexto** en lugar de centrarse en explicaciones internas del individuo.

El aumento de la actividad y la oportunidad de obtener mediante ella refuerzo, es un elemento que ha quedado incrustado en la terapia cognitiva, específicamente en la terapia cognitiva de Beck. Dicha terapia es efectiva más por la activación conductual que incluye que por sus componentes cognitivos. La terapia fue reimpulsada al comienzo de los años 90 por los trabajos de Jacobson.

COMPONENTES

Para la activación conductual es esencial el **análisis funcional** de la conducta, la **aceptación** y la **puesta en marcha de planes de acción** definidos de acuerdo con los intereses y valores del paciente, con cierta **independencia del estado de ánimo** y de otras condiciones emocionales presentes.

El **análisis funcional** de la conducta es determinante porque se trata de identificar qué actividades pueden ser conductas de evitación. Este tipo de conductas deben ser reducidas o eliminadas, con la aceptación y afrontamiento de la condición aversiva que las refuerza.

Las cosas deben hacerse porque nos hemos propuesto hacerlas (**paciente activo**), aunque no nos apetezca y sin esperar a tener el estado de ánimo apropiado para acometerlas. **Se actúa, si es preciso, en contra de las emociones**. Un plan de acción ajustado a los valores e intereses del paciente y construido acorde con el principio de aproximaciones sucesivas permite recuperar la actividad y, secundariamente, se encuentre satisfecho de sus logros.

El compromiso con el paciente es que recupere las riendas de su vida, no que alcance la felicidad. El **problema se encuentra en la interacción con el contexto**, por ello **la intervención debe estar orientada hacia afuera**.

CARACTERÍSTICAS DE LA TERAPIA

Es considerada como un tratamiento individualizado. Hay una serie de pasos a seguir:

1. **Establecer una buena relación terapéutica con el paciente**, presentándole y haciéndole partícipe de los fundamentos del tratamiento. Es esencial crear un ambiente terapéutico en el que el paciente sienta que sus problemas son comprendidos y sus puntos de vista y valores son reconocidos y respetados.
2. Se aborda un **análisis detallado de las actividades diarias realizadas** por el paciente y la relación con su estado de ánimo.
3. Se buscan y aplican **nuevas estrategias de afrontamiento**.
4. Finalmente se hace un **repaso** de las fases anteriores y se aborda la **prevención de recaídas**.

Se trata de un tratamiento individualizado, colaborativo, con una duración en torno a 15 sesiones.

Cabe destacar el denominado ACTION. Según él hay que:

- Analizar los comportamientos en su contexto, en su función, de modo que puede ser determinada su utilidad.
- Elegir qué conducta eliminar o activar.
- Poner en práctica la conducta elegida.
- Integrar dicha conducta en otras actividades habituales.
- Observar los resultados, efectos o funciones de esa conducta.
- Nunca rendirse, volviendo una y otra vez sobre los pasos anteriores.

EVIDENCIA EMPÍRICA

Se considera mejor la activación conductual que:

- Terapia cognitiva en depresiones graves (= fármacos antidepresivos)
- Tratamientos convencionales en depresión. Su eficacia es independiente del estado cognitivo del paciente, lo que confirma la predominancia de los aspectos comportamentales implicados.
- Psicoterapia de apoyo
- Estudios de caso

3.2.3 Terapia cognitiva basada en el mindfulness

FUNDAMENTOS

El mindfulness puede entenderse como una forma de implicarse en las distintas actividades habituales, sean estas problemáticas o no.

Los componentes esenciales del mindfulness son:

- **Centrarse en el momento presente.** Se trata de centrarse y sentir las cosas tal y como suceden, sin buscar su control. No se centra en su pensamiento para cambiarlo por uno positivo, sino que se le pide a la persona que permanezca en una determinada situación sintiendo lo que allí suceda.
- **Apertura a la experiencia y los hechos.** El centrarse en lo que sucede y se siente en el momento presente permite poner por delante los aspectos emocionales y estimulares frente a la interpretación de ellos. Frecuentemente lo verbal sustituye a lo real, uniformando y conformando la experiencia. Esto supone una falsificación de la experiencia y la pérdida de la riqueza que supone la variabilidad de los fenómenos perceptivos y emocionales.
- **Aceptación radical (elemento esencial).** Se trata de centrarse en el momento actual sin hacer ningún tipo de valoración y aceptando la experiencia como tal. Lo positivo y negativo, lo perfecto e imperfecto en sus diversos grados son aceptados como experiencias naturales, normales.
- **Elección de las experiencias.** Puede pensarse que el mindfulness consiste en vivir con atención plena, reflexiva, no valorativa y aceptando lo que acontece de forma un tanto determinista, no obstante, las personas elijen de forma activa en qué implicarse, sobre qué actuar, mirar o centrarse. Una vez que una situación es elegida debe vivirse y experimentarse tal y como es, de forma activa, aceptando todo lo que se dé.
- **Control.** La aceptación supone una renuncia al control directo. No se busca que la persona controle sus reacciones, sentimientos o emociones, sino que los experimente tal y como se producen.

Elementos clave del mindfulness según Germer:

- **No conceptual:** prestar atención y conciencia sin centrarse en los procesos de pensamiento implicados.
- **Centrado en el presente:** el mindfulness siempre se da en y sobre el momento presente
- **No valorativo:** no puede experimentarse plenamente algo que se desea que sea otro.
- **Intencional:** siempre hay una intención directa de centrarse en algo, y de volver a ello si uno se aleja.
- **Observación participativa:** no es una observación distanciada o ajena, debe implicar lo más profundamente la mente y el cuerpo.
- **No verbal:** la experiencia mindfulness tiene un referente emocional y sensorial.
- **Exploratorio:** abierto a la experimentación sensorial y perceptiva (mente del principiante).
- **Liberador:** cada momento de experiencia vivida plenamente es una experiencia de libertad.

COMPONENTES

El mindfulness es un componente de diversas terapias: ACT, activación conductual, terapia de conducta dialéctica, etc.

Sus efectos terapéuticos son debidos a la puesta en marcha de diversos procesos psicológicos relevantes a varios mecanismos de cambio, entre ellos cabe destacar los siguientes:

- **Ver los pensamientos como sucesos mentales y no como reflexiones verdaderas de la realidad**, de este modo los hechos y los pensamientos son vistos de forma más objetiva
- **La disminución de la rumiación bloqueada por el** mindfulness parece ser el factor clave que produce una reducción del estrés, la ansiedad y el estado de ánimo.
- **El control atencional** que supone centrarse en el momento presente parece producir una mejora en diversas funciones cognitivas.
- **Promover la aceptación**, puesto que propone que la persona se centre en lo que siente, con independencia de que es o no agradable, esto previene el que se evite experimentar los síntomas relativos al problema, la tolerancia del malestar, etc.
- Adicionalmente otro conjunto de factores implicados en el mindfulness son la **exposición**, efecto que produce la reducción o eliminación del miedo y la ansiedad, la **clarificación de los objetivos y valores de la persona**, el **aumento de su estabilidad emocional y de su flexibilidad** para abordar las demandas del medio ambiente.

CARACTERÍSTICAS DE LA TERAPIA

- **La terapia cognitiva basada en el mindfulness para la depresión.** Programa de prevención de recaídas para pacientes que han sido tratados de depresión. El elemento esencial del programa estriba en que las personas se impliquen de forma real en las actividades que realizan. La falta de implicación efectiva facilita que reaparezcan contenidos verbales y emocionales que reactiven la depresión.
Se trata de un programa con una orientación psicoeducativa, en grupo pequeño (12 pacientes como máximo) y con una duración de 8 semanas, con una sesión por semana. El objetivo principal de programa es eliminar la continua huida del malestar y la infelicidad. El objetivo es la libertad, no la felicidad.
- **La terapia cognitiva basada en la persona para la psicosis perturbadora.** La práctica de la conciencia plena es utilizada para que el paciente psicótico cambie su relación con los síntomas perturbadores, en especial con las voces.
Los ejercicios de mindfulness permiten tomar distancia de las voces, lo que permite reducir su impacto, e ir adoptando una perspectiva metacognitiva sobre ellas. Así, puede centrarse en lo que son: palabras, y no en su significado.

EVIDENCIA EMPÍRICA

- Su comparación con el tratamiento convencional de prevención de la depresión es favorable al programa basado en mindfulness. Incluso esa eficacia ha sido mayor cuando los pacientes tienen mayor gravedad.
- Se ha constatado que el programa reduce de forma específica la reactividad cognitiva asociada a la sintomatología depresiva.
- Se ha mostrado eficaz en reducir la recurrencia de conductas suicidas.
- Aplicaciones clínicas del mindfulness: Trastornos de ansiedad, de personalidad, del comportamiento alimentario, adicciones, psicosis, dolor crónico o intervenciones en oncología. En dichos trastornos ha demostrado ampliamente su eficacia con poco coste económico y buena aceptación de los clientes.

3.2.4 Terapia de conducta dialéctica (TCD)

FUNDAMENTOS

Fue desarrollada por Linehan en los años 70 del pasado siglo. Surge como una respuesta desde la terapia de conducta a los problemas derivados del tratamiento de personas con riesgo de suicidio.

Destaca sobre todo los **aspectos emocionales** del problema, considerando que el malestar emocional es el foco de toda psicopatología. La incapacidad de la persona para manejar las emociones que siente es lo que, en último término, puede llevarle a poner fin a su vida. Debe atenderse, por tanto, de modo preferente a lo que la persona siente.

Linehan integró los conocimientos provenientes de **la terapia de conducta con la aceptación emocional no valorativa propia del mindfulness**. Parte de una aceptación radical y genuina del paciente.

Los trabajos iniciales de Linehan sobre el suicidio le llevaron al desarrollo de un programa de tratamiento concreto para el **TLP**.

COMPONENTES

El elemento central de la TCD son las **emociones**. Sólo si se abordan específicamente puede resolverse el problema. No se trata de cambiar el malestar por el bienestar, sino de actuar de forma efectiva sobre ese malestar emocional.

Desde un punto de vista terapéutico lo primero que debe hacerse es **reconocer el valor de ese malestar y su función adaptativa**.

La **validación del sufrimiento del paciente** es fundamental para normalizar el sentido de las emociones. El terapeuta debe hacerle ver que las **emociones que experimenta están justificadas por las condiciones** concretas que lo desencadenan. El que el paciente tome contacto con sus emociones negativas favorecerá que no huya y que la exposición de esas emociones las desactive en la medida precisa para que se reduzca el miedo, y sean posibles otros comportamientos más útiles.

Los motivos que han llevado a la situación actual quedan desentrañados a través del análisis funcional de la conducta y queda la puerta abierta a la intervención que resulte adecuada con respecto a él.

No hay soluciones perfectas. No hay una forma perfecta de pensar, sentir o hacer, que permita hallarse a salvo de problemas. Esto se materializa en el término **dialéctico** incluido en la terapia.

CARACTERÍSTICAS DE LA TERAPIA

El tratamiento tiene un componente psicoeducativo que permite que los pacientes adquieran las habilidades relativas a los componentes de la terapia. Éste puede ser abordado en grupo. Incluye, además, terapia individual que permite ajustarse al análisis funcional específico del paciente.

Como características principales de la terapia, hay que destacar:

- **La aceptación y validación del comportamiento actual del paciente:** hay que hacerle patente que dicho comportamiento está justificado funcionalmente. Cualquier comportamiento es resultado de un contexto y contingencias concretas que lo explican y justifican.
- **Los comportamientos que interfieren en el tratamiento:** tanto por parte del terapeuta como del paciente, en especial aquellos que impiden reconocer las emociones y exponerse a ellas.
- **El papel fundamental de la relación terapéutica:** el paciente debe percibir que el terapeuta está plenamente de su parte, entiende sus emociones, las justifica y está dispuesto a ayudarle en el manejo de éstas. Sin una buena relación terapéutica no es posible la terapia.
- **Hacer uso del planteamiento dialéctico:** como forma de que se la persona la que tome sus decisiones considerando explícitamente el grado de riesgo que asume.

El tratamiento facilita al paciente la adquisición de diversas habilidades:

1. **Permite una regulación emocional adecuada** que permite reducir el impacto que las emociones tienen en su vida ordinaria.
2. **Interpersonales:** permiten mejorar la interacción social y el intercambio de refuerzos.
3. **Comportamentales:** permiten reducir el riesgo de lesiones, suicidio, etc.
4. **Del sentido del yo:** permiten distinguir entre problemas y contextos específicos y la percepción de uno mismo y de sus capacidades

EVIDENCIA EMPÍRICA

La TCD para el tratamiento del **trastorno de personalidad límite** es un tratamiento bien establecido, es decir, tiene el máximo grado de evidencia empírica.

Se considera mejor que:

- Tratamiento convencional del trastorno de personalidad límite.
- La lista de espera en el tratamiento de la bulimia.
- Tratamiento farmacológico de la depresión.

Se ha observado, además, que produce un aumento del procesamiento emocional comparado con un grupo de lista de espera en el tratamiento de la depresión y que dicha depresión es reducida en función de este aumento del procesamiento emocional.

3.2.5 Psicoterapia analítica funcional (PAF)

FUNDAMENTOS

La PAF tiene su fundamento en el conductismo radical y se basa en el análisis funcional de la conducta. Fue desarrollada por Kohlenberg y Tsai, y tiene como finalidad principal el que la situación terapéutica en sí, esto es la interacción del paciente y el terapeuta en las sesiones, se constituyan en sí mismas elementos de primera magnitud para la terapia.

A diferencia de la TCC, la PAF considera la sesión de terapia como elemento principal del tratamiento. Por ello propone y busca que se cree una relación terapéutica intensa y curativa en sí. Se buscará de forma activa que estas conductas se presenten en las sesiones y actuará de forma específica sobre ellas.

COMPONENTES

El terapeuta debe estar entrenado en detectar las conductas clínicamente relevantes que aparecen durante la sesión. Para ello debe ser un buen observador capaz de detectar tanto conductas problema, como no problema.

Se establece la categoría denominada conductas clínicas relevantes (CCR) con 3 elementos:

- **CCR1:** corresponde con los **problemas** del cliente que ocurren en la sesión y que están controlados por estímulos aversivos que originan respuestas de evitación.
- **CCR2:** refieren a **conductas positivas (mejoría)** del cliente que ocurren en la sesión.
- **CCR3:** son las **interpretaciones del cliente acerca de su conducta** y supone relacionar los sucesos observados con los pasos previos ocurridos durante el tratamiento.

CARACTERÍSTICAS DE LA TERAPIA

La práctica de la PAF se basa en una potenciación de las habilidades terapéuticas y en una mejora de la relación con el paciente. Se trata de estar al tanto de lo que sucede en la terapia y aprovecharlo para mejorar el tratamiento.

Se establecen 5 reglas que han de guiar la actividad terapéutica:

- Regla 1: Buscar las CCR, pues produce una mejora en los resultados terapéuticos. Esto depende de la capacidad de observación del terapeuta y también del interés de éste por el paciente y por el seguimiento del tratamiento.
- Regla 2: Provocar la ocurrencia de CCR1 para poder hacer de la situación terapéutica una ocasión para que el cliente no dé una respuesta de evitación. Así pueden introducirse intencionadamente situaciones que supongan una cierta pérdida de control (ej. hipnosis, uso de la imaginación, etc.).
- Regla 3: Reforzar las CCR2, siempre que no sea un reforzamiento artificioso o arbitrario, esto es reforzando una amplia clase de respuestas. Esto supone un entrenamiento específico del terapeuta para estar al tanto de los cambios positivos que ocurran durante las sesiones.
- Regla 4: Observar los efectos potencialmente reforzantes en relación con las CCR del cliente.
- Regla 5: Ofrecer interpretaciones sobre las variables que afectan a la conducta del cliente.

El formato habitual de aplicación es individual, aunque algunos autores han propuesto aplicaciones grupales.

EVIDENCIA EMPÍRICA

Los estudios publicados de la aplicación de la PAF son principalmente descripción de casos. La identificación de los elementos de la terapia, así como del proceso de la terapia requiere de descripciones cualitativas.

La PAF ha mostrado su eficacia y utilidad. Dadas sus características, requiere establecer una relación terapéutica que sostenga adecuadamente las características específicas de la intervención.

3.2.6 Conclusiones y perspectivas

Entre los puntos fuertes que se pueden señalar de los nuevos enfoques están los siguientes:

1. **Se dirigen, preferentemente, a problemas graves y crónicos.** Esto supone un cierto reconocimiento de que la TCC no está pensada para el abordaje de problemas graves y que estos recursos terapéuticos pueden contribuir a resolver estos posibles déficits.
2. **La insistencia en los aspectos emocionales** frente a los racionales es también característico de estos enfoques.
3. La potenciación de la importancia en la **comunicación con el paciente** y el establecimiento de una **buena relación terapéutica** sostenida en unas competentes habilidades terapéuticas. Las claves de la comunicación humana son de corte emocional y contextual, sólo si se entiende así la terapia ésta puede tener éxito.
4. **Tomar una postura más colaborativa-educativa que correctiva.** Estas terapias no buscan decirle al paciente lo que tiene que hacer, sino que sea él quien descubra y decida a dónde desea ir.
5. **Hay un interés destacado en la fundamentación teórica de las terapias**, así como en **conocer los motivos por los que son eficaces**. El papel central de las emociones en todo este proceso supone un punto de partida y tronco común, tanto desde el punto de vista teórico como aplicado.
6. **El interés por el análisis individual, ideográfico.** Las funciones de las conductas son únicas pues dependen de contexto específicos.

Entre los puntos débiles de estos acercamientos cabe señalar los siguientes:

1. **La poca evidencia empírica de algunos de ellos.** Este no es el caso de la activación conductual para el tratamiento de la depresión, ni el de la terapia de conducta dialéctica para el tratamiento del trastorno de personalidad límite, sin embargo, sí faltan estudios para confirmar o refutar la utilidad de otras terapias.
2. El que están formados por **tratamientos multicomponente** en los que resulta difícil aislar y estudiar de forma diferenciada dichos componentes. Incluyen, además, diversas técnicas de terapia de conducta, con lo que se dificulta conocer qué elementos resultan más eficaces.

3. **La difusión.** Ello puede ser fruto de la resistencia al cambio de los propios terapeutas, junto con ciertos comportamientos irracionales, fruto de posturas extremas. Así, hay autores y profesionales que sostienen que no hay nada nuevo en estas terapias.

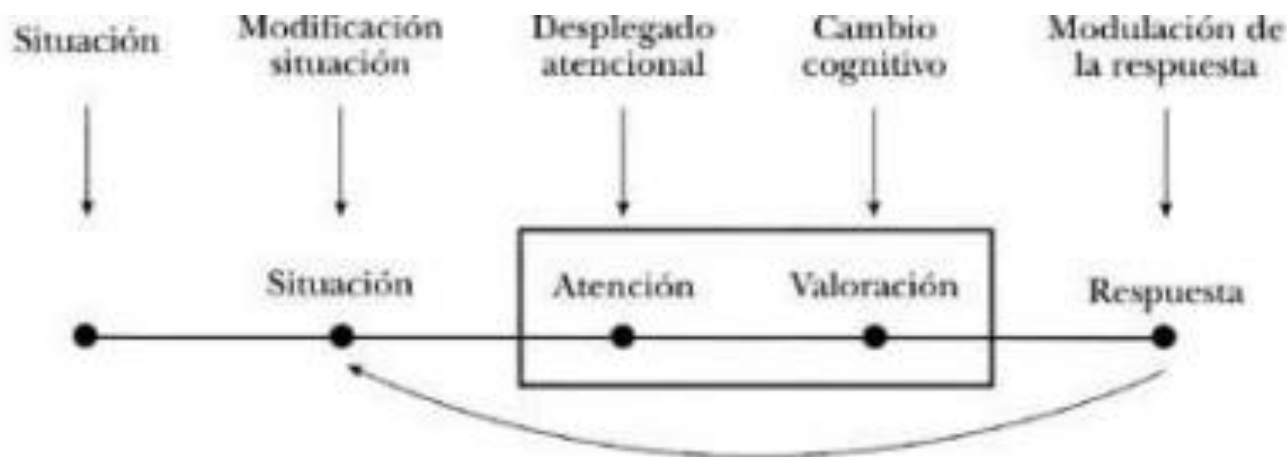
4. UNA PROPUESTA DE INTEGRACIÓN

Entre los elementos característicos de la terapia de conducta en el momento actual está la importancia de los aspectos emocionales. De modo que si se consideran dichos factores en el marco del análisis funcional de la conducta cabría hacer un planteamiento que orientara la formulación teórica y la intervención.

Gross y Thompson han propuesto un **modelo de regulación emocional** que señala el proceso a través del cual se produce una adecuada regulación de la emoción o, por el contrario, pueden tener lugar disfunciones que den lugar a trastornos o problemas concretos que requieran de una intervención terapéutica.

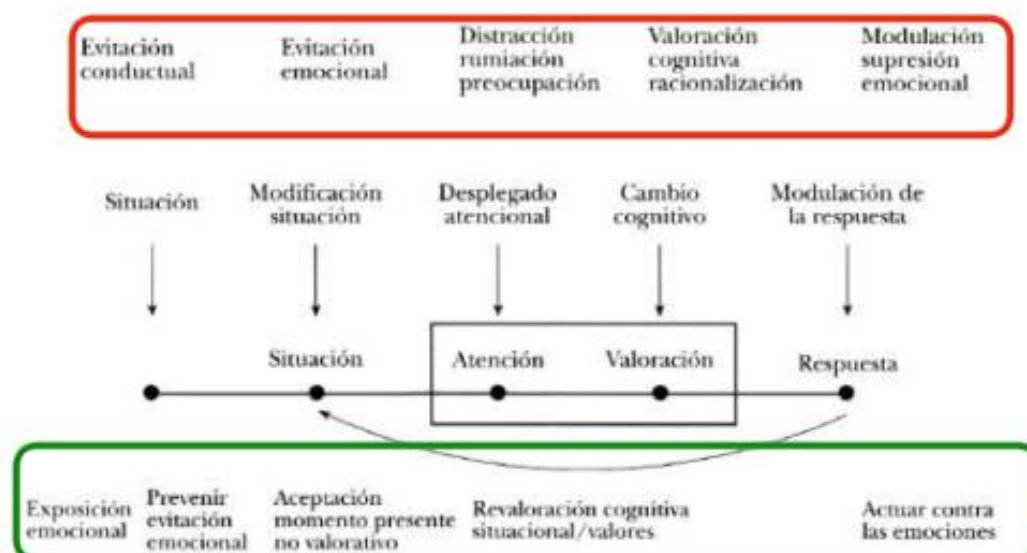
Elementos del proceso:

1. Previo a la situación que originará la emoción, lo primero que ha de hacerse es **seleccionar la situación en cuestión**, del conjunto más amplio de elementos estímulares presentes.
2. Una vez que una situación es seleccionada, la **modificación de la situación** es algo que la persona hace para modificar su impacto emocional.
3. La situación sin embargo tiene diferentes elementos y fuentes de estimulación, por ello la persona despliega su **atención** de modo que elige atender a unos aspectos y no a otros.
4. Una vez que el foco de atención se centra en lo que considera relevante, la persona pone en marcha el **proceso de valoración** que supone un cambio cognitivo al asignarle un significado.
5. Todos estos elementos son previos al momento en que sobreviene la emoción, entonces y una vez que aparece ésta, considera como **respuesta** a los elementos antecedentes, se produce la modulación de la respuesta que supone incidir directamente sobre la emoción.



Barlow ha propuesto un **protocolo de tratamiento**, basado en el modelo de regulación emocional, aplicable a los trastornos emocionales. Se trata de un protocolo que tiene un carácter modular, y que tiene las siguientes fases:

1. En la fase de **selección de la situación**:
 - Problema más común es la evitación conductual.
 - La alternativa terapéutica es la exposición emocional, incluso sensorial, de observar y atender a dicha estimulación.
2. **Una vez en la situación**:
 - La alternativa más común es la evitación emocional, para ello se busca modificar la situación, por ejemplo, usando claves de seguridad. Esto dificulta la regulación emocional, posibilitando un aumento del afecto negativo.
 - El modo de solventarlo es previniendo la evitación emocional, utilizando pequeños experimentos o ensayos en los que el paciente puede comprobar que esas claves de seguridad que buscan suprimir la respuesta emocional tienen un efecto pasajero y que, por el contrario, contribuyen a mantener el problema a largo plazo.
3. En la fase de **desplegado de la atención**:
 - Estrategias que suponen un problema para la regulación emocional: la distracción, la rumiación y la preocupación.
 - La alternativa es la aceptación emocional y la experimentación de lo que acontece desde una perspectiva no valorativa, tal y como se propone desde la perspectiva mindfulness.
4. La **valoración** abre el paso a dotar de significado a los elementos antecedentes del momento actual.
 - La forma inadecuada de proceder a este nivel es actuar de forma cognitiva sobre lo que se siente en ese momento descontextualizándolo.
 - Una actuación adecuada es la revaloración situacional que tiene en cuenta los elementos antecedentes, así como el sentido de acción.
5. La **respuesta** también es objeto de regulación.
 - La forma inadecuada de hacerlo es mediante su supresión, esto es impidiendo o dificultando la expresión emocional, esto puede ejercer una regulación momentánea de la emoción, pero contribuye a que el problema persista.
 - El modo adecuado de regulación es actuando de forma opuesta a ésta, esto es, actuando como si la emoción fuera distinta.



TEMA 3: HABILIDADES TERAPÉUTICAS

La **terapia psicológica** consiste en ayudar a quien la solicita. Para ello, es necesario recoger información general y específica de aquello que puede aclarar el problema y la causa que han llevado al mismo.

Terapeutas clínicos necesitamos siempre estar al día del avance de la psicología científica y aplicar las habilidades terapéuticas apropiadas.

Cómo actuar, qué decir y con qué palabras, qué gestos utilizar, qué volumen de voz, qué tono emplear, son algunos de los elementos de intervención que pueden ayudar a conseguir que el tratamiento psicológico siga adelante y que se puedan conseguir resultados satisfactorios.

No existen habilidades estándar, pero es cierto que hay habilidades terapéuticas que han mostrado su valor en terapia. Estas habilidades empiezan antes de que el paciente entre por la puerta.

- **Abrir la puerta** significa que todo lo que ronda por la cabeza del terapeuta se diluye y desaparece.
- **No tenemos un caso, tenemos una persona.** Es única y nuestras habilidades terapéuticas tienen que adaptarse a ella.
- **Los terapeutas tenemos nuestras creencias, valores y prejuicios.** Mantener todo a eso a un lado es difícil. Las habilidades terapéuticas vienen al rescate en estas situaciones.

Muchas veces, a pesar de haber preparado la sesión, el terapeuta se encuentra con información inesperada. No se espera que los terapeutas estén preparados para cualquier cosa, pero si no han sabido aplicar la habilidad adecuada por cualquier causa, sí que pueden buscar alternativas para la siguiente sesión o incluso antes de que lleguen esta.

El terapeuta necesita flexibilidad, aceptación del otro y de sí mismo, y buscar como ayudar sin justificarse por el comportamiento o la forma de vivir del paciente. **Plantearse metas terapéuticas objetivas, realistas y trabajar con los medios que tiene.**

1. USO DE LAS HABILIDADES TERAPÉUTICAS EN GENERAL

Hace ya varias décadas se planteó la necesidad de una alianza terapéutica entre paciente y terapeuta para que un tratamiento funcione. Ello llevó a un gran número de investigaciones donde se llegó a la conclusión de que es uno de los componentes esenciales para la relación terapéutica. Así pues, la **alianza terapéutica** se ha considerado **necesaria** para poder llevar un **tratamiento psicológico con éxito**. Los componentes de dicha alianza se han investigado. Se han destacado tres componentes principales:

1. Vínculo emocional positivo entre terapeuta y paciente.
2. Acuerdo sobre las tareas terapéuticas
3. Acuerdo mutuo sobre las metas y objetivos de investigación.

Establecer la alianza terapéutica requiere necesariamente de habilidades terapéuticas. Un buen terapeuta precisa de habilidades que permitan la alianza terapéutica necesaria para un buen tratamiento psicológico.

2. PAPEL DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE Y DEL TERAPEUTA EN EL USO DE LAS HABILIDADES TERAPÉUTICAS

Determinadas características del paciente influyen en la selección de habilidades terapéuticas. Sin embargo, estas características hay que contextualizarlas en relación con las propias del terapeuta.

Variables personales a tener en cuenta en el uso de habilidades terapéuticas:

PACIENTE	TERAPEUTA
- Edad - Sexo - Nivel cultural - Familia - Cultura - Relaciones sociales	- Edad - Sexo - Experiencia Terapéutica - Cultura - Habilidades sociales

Uno de los factores que ha resultado ser determinante para la eficacia de la terapia es la **calidad de la relación terapéutica y las habilidades interpersonales** (Anderson y cols.)

También encontraron el papel relevante de la **empatía y autenticidad del terapeuta** en la construcción de la alianza terapéutica con el paciente (Nienhuis y cols.)

Otros autores identificaron algunas características y habilidades de los terapeutas que resultan efectivas:

- La formación de alianzas y capacidad de reparar rupturas de alianzas
- La fluidez verbal
- La calidez y la empatía
- La expresión emocional
- El optimismo
- El desarrollo de un tratamiento convincente
- El enfoque del problema
- La persuasión
- La autocrítica y tiempo dedicado a mejorar

Por su parte, Ackerman y Hisenroth ya habían identificado otras características del psicoterapeuta que favorecen a la alianza terapéutica.

- Flexibilidad
- Honestidad
- Respeto
- Lealtad
- Seguridad en sí mismo
- Interés
- Atención
- Cercanía
- Mentalidad abierta

Sin embargo, las discrepancias surgen cuando se intenta ver cómo influyen estas características dependiendo de determinadas variables como la edad, el género de cada uno, etc. Datos contradictorios.

Existen dos aspectos que determinan que la relación terapéutica sea complicada:

- **El tipo de problema del paciente:** los pacientes con dolor crónico, adicciones, trastornos psicológicos o psiquiátricos son los más complejos.
- **Las conductas problemas del paciente:** no asumir la responsabilidad del cambio, realizar demandas diversas en cada sesión, utilizar la manipulación... Han clasificado a tres tipos de pacientes complicados según sus conductas:

1. Pacientes con poca motivación para recibir tratamiento
2. Pacientes con ambivalencia entre querer cambiar o mantener su situación
3. Demandantes que usan estrategias como la agresividad o la intimidación

En los últimos años el esfuerzo parece estar más centrado en conocer las habilidades terapéuticas que se necesitan:

1. En situaciones cotidianas dentro de las sesiones
2. En relación con la cultura de ambos integrantes
3. En relación con el problema o trastorno que presenta el paciente

3. HABILIDADES TERAPÉUTICAS DURANTE LAS SESIONES

Las primeras sesiones de los pacientes son cruciales para decidir si seguir o no. De hecho, algunos estudios apuntan que **la primera entrevista es decisiva** para iniciar el tratamiento.

Dos motivos fundamentales que explican los abandonos terapéuticos:

1. Características personales del terapeuta y su falta de interés.
2. El paciente cree haber mejorado de forma suficientemente importante como para decidir no seguir con la terapia.

3.1 MOTIVO DE ABANDONO: CARACTERÍSTICAS PERSONALES DEL TERAPEUTA Y SU FALTA DE INTERÉS

El momento crítico para establecer una buena alianza se sitúa entre las tercera y quinta sesión (alianza temprana). Sin embargo, la posibilidad de abandono surge mucho antes de que se establezca dicha alianza.

- 50% de los pacientes abandonan después de la primera sesión
- 36% de los pacientes sintieron insatisfacción con las actividades que se llevaron a cabo o con el rol del terapeuta.

Las habilidades de comunicación son las que van a decidir si la paciente continua o no. La alianza terapéutica depende de las esas habilidades iniciales.

3.2 MOTIVO DE ABANDONO: SENTIR UNA MEJORÍA LO SUFICIENTEMENTE IMPORTANTE COMO PARA DECIDIR NO SEGUIR EN TERAPIA.

- El 32% de los casos en los que los pacientes decidieron abandonar el proceso sin concertarlo se debió a una sensación de mejoría, debido a la disminución de los síntomas como consecuencia de la terapia.
- Entre el 57% y el 67% de los pacientes mejoran alrededor de las doce sesiones

Algunos estudios informan que las habilidades verbales de los terapeutas a animar al paciente a seguir en la terapia, influye en el éxito final del tratamiento.

La primera sesión es con frecuencia la más complicada ya que no se conoce a la persona que solicita la ayuda. Todos los autores que investigan sobre habilidades terapéuticas coinciden en que se usen señales de comunicación, tanto verbales como gestuales, de aplicación general.

En un primer momento, las preguntas generales sin contenidos muy personales o íntimos ayudan a una persona a relajarse. Ganarse la confianza del paciente es un requisito.

Las sesiones de evaluación requieren del uso de habilidades específicas relacionadas con el contenido. Se trata de sesiones en las que el paciente aporta información y no percibe ninguna mejoría. Saber cómo enforcar esas sesiones,

como utilizar los refuerzos es un requisito necesario para seguir adelante. Asimismo, pedirle alguna pequeña tarea relacionada con su problema puede ayudarle también a engancharse durante la fase de evaluación.

En la fase de tratamiento, las habilidades terapéuticas se focalizan en la explicación y puesta en marcha de técnicas y tareas con frecuencia costosas para el paciente.

4. HABILIDADES TERAPÉUTICAS Y TRASTORNOS PSICOLÓGICOS

Los autores insisten en la necesidad de formar a los residentes médicos y psicólogos en el manejo de habilidades específicas para tratar pacientes con determinados trastornos psicológicos. La misma situación puede requerir abordarla con enfoques distintos porque los objetivos de se plantea el terapeuta son diferentes, ya que dependen de las características del trastorno.

EJEMPLO DE TECNICAS CON EL MISMO OBJETIVO:

INTERVENCION APROPIADA PARA ESTA SITUACION EN PACIENTES CON TOC	TECNICAS - Información ilustrada de ejemplos sobre su caso - Contrato terapéutico - Refuerzo por la tarea realizada - Coste de respuesta
INTERVENCION APROPIADA PARA ESTA SITUACION EN PACIENTES CON TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	TECNICAS - Técnicas de información - Feedback - Entrevista de devolución - Solución de problemas - Control estimular

Una misma situación puede requerir estrategias y técnicas distintas dependiendo del problema o del trastorno. No obstante, las habilidades o competencias terapéuticas también cambian si el paciente no pertenece a la misma cultura que el terapeuta.

5. HABILIDADES TERAPÉUTICAS Y CULTURA

El conocimiento que tiene el terapeuta sobre la cultura y la religión de sus pacientes puede aumentar y fortalecerla relación entre ambos. La cultura y la religión del paciente también podría condicionar el tratamiento, ya que las creencias que puede tener una persona, por ejemplo, sobre la muerte y el duelo puede variar la forma en que esta se trata, siendo diferente en la cultura japonesa, hinduista, u occidental.

Asimismo, que terapeuta y paciente compartan cultura parece favorecer el fortalecimiento del vínculo entre ambos

El DSM-5 consideró que la cultura se tuviera en cuenta en la redacción del manual, incluyendo una entrevista específica para valorar esos aspectos culturales:

- Identidad cultural del individuo
- Conceptualización cultural del malestar
- Factores culturales y psicosociales de vulnerabilidad y resiliencia
- Factores culturales en la relación terapéutica
- Evaluación cultural global

Las habilidades terapéuticas han de incluir el significado que pueden tener determinados gestos, expresiones y comentarios del terapeuta para el paciente en cuestión.

6. EL AUTOCUIDADO DEL TERAPEUTA

Conciliar el interés y el buen hacer con los pacientes, trabajar en aspectos de la vida complicados compatibilizándolo con la vida personal es muy difícil. Por eso, es importante crear medio para que los terapeutas puedan trabajar de manera óptima por el bien del paciente y no “se quemen” en su día a día profesional, llegando así a funcionar de manera ineficaz debido al estrés y el agotamiento.

Existen evidencias científicas sobre la necesidad de incluir en la formación del clínico, la supervisión de casos con otros profesionales como herramienta habitual para reducir niveles de Burnout. Además, el trabajo en equipo crea una sensación de apoyo para el terapeuta. De igual forma, es necesario dotar a los clínicos en sus primeros años de ejercicios de repertorios comportamentales y actitudinales que les permita tanto superar las situaciones terapéuticas más difíciles como mejorar cada vez más su buen hacer profesional.

Comienzan a generarse paquetes de competencias de autocuidado. También se han desarrollado modelos que permiten la autoeficacia del terapeuta. El objetivo es claro: ofrecer herramientas que permitan a los clínicos prevenir estados de estrés y malestar provocados por su trabajo. Se trata de aprender mediante la reflexión, modelos y modelado, a crecer como terapeutas.

1. INTRODUCCIÓN

El miedo es una emoción consustancial al ser humano. La forma patológica del miedo, las fobias, son un trastorno común, tanto en niños como en adultos. Esta cotidianidad de las fobias hace que con frecuencia se tienda a minimizar su importancia, pero cuando aparecen condicionan la vida de la persona, en ocasiones gravemente.

2. DEFINICIÓN, CLASIFICACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

2.1 DEFINICIÓN

La característica fundamental de las fobias es la presencia de un miedo intenso e irracional ante determinados estímulos o situaciones. Se trata de la forma patológica de una emoción primaria.

Las personas con fobias manifiestan un grado extremo de miedo ante un objeto, situación o actividad particular que resulta desproporcionado al nivel de amenaza real que estos suponen, lo que los lleva a la evitación de estos estímulos o, en caso de que se enfrenten a ellos, a experimentar altos niveles de ansiedad que, eventualmente, pueden desencadenar un ataque de pánico.

El miedo fóbico se caracteriza por:

- Ser desproporcionado respecto al objeto, la situación o la amenaza real.
- Ser irracional.
- Ir más allá del control voluntario.
- Llevar a la evitación de la situación temida.
- Persistir a lo largo del tiempo, no siendo específico de un momento evolutivo o fase determinada.
- Producir cierto grado de malestar y sufrimiento.

Dentro de los trastornos fóbicos se suele distinguir, en función del desencadenante del miedo, entre agorafobia, fobia social y fobias específicas (anteriormente denominadas fobias simples), siendo esta última una categoría residual.

Las fobias específicas son un trastorno frecuente por el que, sin embargo, no se suele buscar ayuda profesional, principalmente:

- Porque la persona aprende a vivir con el problema.
- Porque en muchas ocasiones el grado de deterioro que provoca es mínimo.
- Porque se minimiza la importancia del problema dado su carácter "específico" o localizado.
- Por la expectativa de transitoriedad del problema.
- Por simple desconocimiento de la disponibilidad de tratamientos eficaces para este trastorno.

La búsqueda de ayuda profesional es más probable cuando la fobia supone una importante perturbación en la vida de la persona y con frecuencia se relaciona con cambios en la vida del paciente que hacen inviable seguir evitando las situaciones que generan el miedo.

2.2 CLASIFICACIÓN

En el **DSM-5** las fobias específicas se incluyen dentro de los trastornos de ansiedad y se definen por la presencia de un miedo o ansiedad intensa circunscrita a una situación u objeto particular.

En el **CIE-11** las fobias específicas se definen de forma similar, quedando incluidas dentro de los trastornos de ansiedad o relacionados con el miedo.

Criterios para el diagnóstico de la fobia específica según el DSM-5 y el CIE-11

DSM-5	CIE-11
Miedo o ansiedad intensa por un objeto O situación específica. Nota: En niños el miedo o la ansiedad se puede expresar con llanto, rabietas, quedarse paralizados o aferrarse.	Miedo o ansiedad marcados y excesivos que ocurren constantemente al exponerse o anticiparse a la exposición a uno o más objetos o situaciones específicas que está fuera de proporción con el peligro real.
La situación fóbica casi siempre provoca miedo o ansiedad inmediata.	
El objeto o situación fóbica se evita o resiste activamente con miedo o ansiedad intensa.	El objeto o la situación fóbica son evitados o sobrellevados con intenso miedo o ansiedad.
El miedo o la ansiedad es desproporcionado al peligro real.	
El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente 6 o más meses.	Los síntomas persisten al menos por varios meses y son lo suficientemente graves como para ocasionar un malestar o deterioro significativos en las relaciones personales, familiares, sociales, educativas, laborales.
El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo en el ámbito social, laboral u otras áreas importantes de funcionamiento.	
La alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental.	
Especifica si: codificar basándose en el estímulo fóbico: • Animal • Entorno natural • Sangre-inyección-heridas • Situacional • Otra (ej.: situaciones que pueden derivar en ahogo o vómitos...)	

En función del tipo de estímulo fóbico el DSM-5 establece cinco subtipos de fobia específica. Sin embargo, algunos autores cuestionan su validez y utilidad, indicando que hay fobias que no son claramente clasificables.

El DSM-5 mantiene en buena medida los criterios diagnósticos previos, si bien introduce algunas matizaciones que merece la pena señalar:

- **Eliminación del requisito de reconocimiento del carácter excesivo o poco razonable de la ansiedad**, en relación con la tendencia de muchos fóbicos a sobreestimar el peligro de las situaciones temidas.
- Por el contrario, **se incorpora el requisito de que el miedo o la ansiedad sean desproporcionados al peligro que supone esa situación**, y se incluye la consideración de los factores socioculturales.
- Se incluye de manera general el criterio de **duración mínima de 6 meses**.
- **Los subtipos de fobias se incluyen como especificadores del trastorno**, habiéndose de hacer constar todos los especificadores que sean aplicables en cada

2.3 CARACTERIZACIÓN CLÍNICA

Las fobias específicas se suelen relacionar con una serie de situaciones y objetos, incluidos en los tipos fundamentales, que en buena parte se relacionan con peligros o amenazas para el ser humano. Entre ellos se incluyen:

- Animales (serpientes, arañas, insectos, etc.).
- Ambiente natural (tormentas, viento, alturas, etc.).
- Sangre-inyecciones-heridas (ver sangre, recibir inyecciones, etc.).
- Situacional (transportes públicos, túneles, cuevas, etc.).
- Categoría residual en la que se incluye cualquier otro estímulo fóbico, entre los que se mencionan: asfixiarse o atragantarse, vomitar, contraer una enfermedad, etc.

En cuanto a la reacción fóbica, a **nivel fisiológico** se produce una importante descarga del sistema nervioso autónomo (rama simpática) que provoca, un incremento del ritmo cardiaco y de la tasa respiratoria, sudoración, contracciones estomacales, elevación de la presión arterial.

En la **fobia a la sangre, heridas y estímulos relacionados**, aparece un patrón de respuesta cardiovascular en dos fases característico y específico:

1. En un primer momento, se produce **un incremento de la activación simpática**, con la consiguiente elevación de la tasa cardiaca y la presión arterial.
2. Va seguido de una repentina **reducción de la activación simpática y un incremento del tono vago**, que se traduce en un descenso rápido y brusco de la tasa cardiaca y la presión arterial y se acompaña de náuseas, sudor, palidez, mareo y, eventualmente, desmayo. De hecho, en estos casos la fobia parece relacionarse más con la anticipación del desmayo que con el estímulo fóbico en sí.

A **nivel cognitivo o subjetivo** las fobias se caracterizan por:

- Aparición de una serie de pensamientos de ansiedad relacionados con la situación temida y con el posible daño que implica
- Aprensión sobre los síntomas asociados con el miedo.

A **nivel motor** la reacción más frecuente es el rechazo para enfrentarse con la situación fóbica (evitación) o el abandono de esta lo más rápidamente posible (escape). Adicionalmente, la persona puede presentar una serie de conductas que le ayudan a controlar su miedo, incluyendo:

- Formas "sutiles" de evitación tales como distracción, ingesta de fármacos o sustancias cuando se va a enfrentar al estímulo, etc.
- La confianza en señales de seguridad, por ejemplo, coger ascensores o el metro sólo cuando se va con un amigo.
- Conductas de comprobación.
- Hipervigilancia continua.

Aunque las fobias se relacionan con las respuestas de miedo, existen evidencias sobre la relevancia de otras emociones, en particular, del asco. **El asco** es una emoción primaria, con componentes cognitivos, motores y fisiológicos que actúa para proteger al individuo de la contaminación y la enfermedad. De este modo el asco comparte con el miedo su papel protector de la salud e integridad de la persona.

Diversos estudios han asociado el asco con las fobias a ciertos animales (animales repulsivos como cucarachas, lombrices, arañas) y a la sangre, planteando que estas fobias podrían tener más que ver con el asco que con el miedo.

En el caso de las fobias a los animales estos autores plantean diferenciar entre:

- La fobia a los animales repulsivos, caracterizadas por el asco.
- La fobia a los animales depredadores, caracterizadas por el miedo al daño.

2.4 EPIDEMIOLOGÍA

Dado que muchas personas con fobias específicas no buscan tratamiento, los datos epidemiológicos sobre este trastorno proceden fundamentalmente de estudios comunitarios.

Datos del estudio ESEMeD:

- Desarrollado en seis países europeos, entre ellos España,
- Muestra representativa comunitaria de 21.425 personas.
- La prevalencia anual de las fobias específicas sería de un 3,5%, mientras que la prevalencia vital ascendería hasta el 7,7%, siendo el trastorno de ansiedad más frecuente. En ambos casos la prevalencia es mucho más alta en mujeres que en varones, llegando a doblar los porcentajes de prevalencia

Los datos de prevalencia son aún más elevados en los estudios realizados en Estados Unidos.

En todos los estudios considerador la prevalencia es mayor en mujeres que en hombres con una proporción promedio de 2:1, si bien hay variaciones en función de estudios y estímulos fóbicos. Además, algunos datos indican menores prevalencias en países menos desarrollados, específicamente en África, Asia y América Latina.

El inicio de las fobias específicas puede producirse en cualquier momento a lo largo del ciclo vital, si bien con frecuencia se inician en la infancia, generalmente antes de los 10 aunque algunos subtipos pueden tener un comienzo más tardío. Además, se puede observar otro pico de incidencia en personas mayores, especialmente en mujeres, en fobias relacionadas con las caídas o de tipo ambiental

En cuanto a su curso, los datos procedentes de diversos estudios indican que las fobias específicas no son trastornos transitorios:

- 12-19% de persistencia a los 3 años
- 25-38% de persistencia a los 10 años
- 6-28% de persistencia a los 12 años.

De hecho, algunos autores señalan que se trata de una enfermedad crónica que se considera generalmente benigna.

La comorbilidad de la fobia específica con otros trastornos:

- Con trastornos de ansiedad y trastornos depresivos, es menor que en otros trastornos de ansiedad.
- La fuerza de la asociación con otros trastornos de ansiedad alcanza su nivel más alto con otros trastornos fóbicos, en particular con la agorafobia, y con el trastorno de pánico, siendo menor en el caso del TAG.
- Su asociación con depresión también es moderada, siendo la menor de entre todos los trastornos de ansiedad.
- Es baja la asociación de la fobia específica con trastorno de estrés postraumático y con abuso y dependencia de alcohol.
- La mayor parte de los pacientes fóbicos (aproximadamente un 75%) presentan temor ante más de un objeto o situación.

3. MODELOS EXPLICATIVOS

Teorías clásicas de condicionamiento	Teoría bifactorial mediacional de Mowrer	Teoría de la preparación biológica de Seligman	Teoría de la incubación
Modelo de reevaluación del EI	Modelo de expectativas de Reiss	Aspectos genéticos y biológicos	Modelo biopsicosocial integrador

De una forma general se puede decir que las fobias específicas pueden adquirirse por tres vías:

- Aprendizaje directo (i.e. experiencia negativa con el estímulo fóbico).
- Observación (en vivo o a través de filmación) de experiencias negativas o manifestaciones de miedo ante el estímulo.
- Transmisión de información.

Las primeras teorías conductuales sobre las fobias comenzaron a aparecer a comienzos del siglo XX. Basándose en los modelos de condicionamiento clásico y condicionamiento operante. A partir de ahí estas teorías han ido evolucionando e incorporando nuevos datos clínicos o experimentales.

Las teorías clásicas de condicionamiento gozan de amplia aceptación para la explicación de las fobias específicas. La ansiedad manifestada ante determinados estímulos podía aprenderse mediante condicionamiento clásico (CC) (ej. asociación de un estímulo inicialmente neutro -EC- con un estímulo aversivo -EI-) y podía, por tanto, conceptualizarse como una respuesta condicionada (RC).

De hecho, el miedo fóbico presenta una serie de características que se ajustan a los postulados de las teorías del aprendizaje:

- La fuerza de la respuesta se incrementa con la repetición de la asociación EC-EI.
- La reacción de miedo fóbico se ve favorecida cuando el EI es muy intenso (traumático).
- La reacción de miedo se generaliza a otros estímulos neutros similares al EC, tanto más cuanto más similares sean.

El modelo no da una explicación completa de las fobias, presentando algunos problemas y limitaciones importantes:

- La evidencia clínica indica que las fobias tienden a centrarse en determinados estímulos de forma selectiva y los datos experimentales muestran la mayor dificultad en la generalización del miedo a algunos estímulos.
- Se cuestiona el carácter traumático de la situación de condicionamiento, ya que existen fobias sin que haya habido experiencias traumáticas con el estímulo y hay experiencias traumáticas que no llevan a un condicionamiento del miedo.
- Este modelo no explica por qué la RC de miedo no se extingue cuando desaparece la contingencia EI-EC (i.e. cuando se presenta el EC solo), algo que según la ley de extinción del CC debería suceder y que sin embargo los datos clínicos indican que no ocurre.

En un intento de dar respuesta a esta última cuestión (la no extinción de la RC en ausencia de reforzamiento), la **teoría bifactorial mediacional de Mowrer** amplía la teoría anterior integrando el CC y el condicionamiento operante (CO).

El modelo incluye dos fases:

1. **Una fase inicial** de adquisición en la que mediante CC se establece una RC de miedo que, una vez constituida, adquiere propiedades de impulso (drive) con capacidad para mediar y motivar el inicio de una conducta instrumental de escape-avoidancia.
2. **Una fase de condicionamiento de la evitación activa**: el EC genera una respuesta de miedo que lleva a la persona evitarlo activamente con lo que consigue una reducción del miedo (reforzamiento negativo). De acuerdo con esto, la no extinción de la RC se debe a que la persona, una vez se ha condicionado el miedo, no se expone al EC sin que se dé el EI, puesto que lo evita.

La teoría de la preparación biológica de Seligman intenta explicar por qué las fobias tienden a restringirse a un número limitado de estímulos que, además, suelen asociarse a amenazas o peligros para el ser humano como especie. Plantea que hay determinadas asociaciones de estímulos que se adquieren con mayor facilidad que otras. Las fobias serían ejemplos de asociaciones altamente preparadas, que se caracterizan por:

- Aprenderse con rapidez.
- Ser resistentes a la extinción
- No-modificables con la información.

Según esta formulación, las fobias se adquieren por un proceso de condicionamiento y su adquisición se vería modulada por la preparación de la asociación.

Por su parte Eysenck intenta mejorar los mecanismos explicativos del condicionamiento del miedo, centrándose en el concepto de "**ley de incubación**" como complemento de la ley de la extinción, con el que intenta dar respuesta a una serie de cuestiones no solventadas por las teorías anteriores:

- Por qué hay conductas de temor que remiten espontáneamente y otras no.
- Por qué la RC llega a superar en magnitud o fuerza a la RI generada inicialmente por el EI (lo que se denomina incremento paradójico de la ansiedad).
- Por qué no se produce extinción a pesar del enfrentamiento con el EC temido llegándose incluso a producir en ocasiones un fortalecimiento de la RC.

Según la **teoría de la incubación**, el miedo se adquiere por un CC aversivo tipo B (Grant, 1964), caracterizado por que la motivación viene generada por el propio paradigma de condicionamiento, no dependiendo del estado motivacional del organismo, y por la similitud entre RC y RI (la RC actúa como sustituto parcial de la RI)

En este paradigma tanto el EI como el EC poseen propiedades motivacionales, por tanto, ante la mera presentación del EC no podemos hablar de extinción ya que el EC posee en sí mismo valor motivacional.

Se puede producir incluso un incremento de la RC (incubación). El que se produzca extinción o incubación dependerá de dos parámetros:

- La fuerza o intensidad de la RC.
- El tiempo de exposición al estímulo.

Así, con una RC fuerte una exposición breve llevará a la incubación de la ansiedad, requiriéndose una exposición larga para alcanzar la extinción. Una RC débil, en cambio, puede llegar a extinguirse tras una exposición breve. De hecho, la teoría plantea la existencia de un punto crítico hipotético que determina la fuerza crítica de la RC y la duración crítica de la exposición.

Más allá de la experiencia directa, la fobia puede aprenderse a través de la observación, o alternatively, mediante transmisión de información. El papel de cada una de estas formas en la adquisición de las fobias varía. Para todas ellas el modo de adquisición más frecuente es la experiencia o condicionamiento directo. Papel importante también para la experiencia vicaria (observación) y poco frecuente la fobia por transmisión de información.

No obstante, hay que tener en cuenta que los tres tipos de experiencias de aprendizaje interactúan entre sí, siendo más probable un miedo intenso y la aparición de una fobia cuando se combinan.

Davey propone el **modelo de reevaluación del EI** plantea que la fuerza de la RC depende no sólo de los procesos asociativos EC-EI, sino también de los procesos que llevan al sujeto a reevaluar el EI (entre los que se incluye la transmisión de información o la observación de las reacciones al EC y el EI) y que pueden producir cambios importantes en la fuerza de la RC. Según este autor, el EC mediante su asociación con el EI genera una representación cognitiva del EI que se ve afectada también por estos factores, los cuales pueden llevar a una inflación o sobrevaloración del EI, que propiciaría la aparición de la fobia.

Por otra parte, hay un porcentaje de pacientes que no recuerdan el origen de su problema. Una alternativa es el **modelo de expectativas de Reiss**, quien plantea la no necesidad de asociación por contigüidad entre EC y EI para

explicar la adquisición del miedo. El modelo se centra en el concepto de expectativa, indicando que lo que se aprende son relaciones de información, en concreto expectativas sobre la ocurrencia o no ocurrencia de un evento.

El modelo diferencia entre:

- Expectativas de ansiedad (ej. la situación puede llevar a la aparición de ataques de pánico o síntomas determinados)
- Expectativas de peligro (referente a los daños que puede ocasionar la situación).

Ambos tipos de expectativas llevan a la persona a la evitación de los estímulos y tienen un efecto sumativo. Además, aumentarán o disminuirán en función del grado de discrepancia o acuerdo entre lo anticipado y lo experimentado cuando la persona se enfrenta al estímulo.

Hay que tener en cuenta, además, la contribución de los **aspectos genéticos y biológicos**. Van Houten et al. en su metaanálisis de estudios con gemelos encontraron que los miedos y las fobias específicas eran moderadamente heredables.

Entre las fobias la mayor heredabilidad se encontró para la fobia a sangre-inyecciones-daño (33%), alcanzando el 32% para las fobias a los animales y del 25% para las fobias situacionales.

Aparte de los factores genéticos las fobias se explicarían por factores ambientales específicos para cada persona. No obstante, los datos deben tomarse con precaución

Barlow (2002) ha propuesto un **modelo biopsicosocial integrador**. Para Barlow las fobias se desarrollan en personas predispuestas biológica y psicológicamente. Esta predisposición consistiría en una alta vulnerabilidad ante situaciones de estrés grave, lo que llevaría a que ante este tipo de situaciones la persona responda con reacciones de alarma, miedo o pánico, y con un estilo atribucional caracterizado por los pensamientos de incontabilidad e impredecibilidad. Este autor diferencia entre:

- Las verdaderas alarmas (se producen ante una amenaza real).
- Las falsas alarmas (ausencia de amenazas reales).
- Alarmas aprendidas (resultan de la asociación entre falsas alarmas y señales internas y externas).

Las fobias específicas se adquirirían cuando se desarrollan reacciones de alarma aprendidas ante situaciones concretas, o expectativas y aprensión ante la posibilidad de contacto con esas situaciones.

Una vez adquirida la fobia se mantiene porque se genera un círculo de retroalimentación entre los síntomas de alarma y las reacciones frente a los síntomas. Las sensaciones de incontabilidad e impredecibilidad junto con la alta activación generadas por una situación de alarma llevan a un incremento de la probabilidad de generar más alarmas aprendidas.

4. EVALUACIÓN

Como señalan Hood y Antony (2012) los principales objetivos de la evaluación clínica de las fobias específicas son:

- Establecer un diagnóstico
- La formulación del caso y del plan de tratamiento
- La evaluación del progreso y el resultado de la intervención

No hay un protocolo establecido. Autores sugieren que las dimensiones centrales a evaluar han de incluir:

- Características diagnósticas
- Elicitadores del miedo
- Conductas de evitación y seguridad
- Síntomas físicos
- Malestar subjetivo y deterioro del funcionamiento
- Desarrollo y curso del problema, historia de tratamiento

- Factores ambientales y familiares
- Aspectos médicos y de salud
- Otros trastornos o problemas comórbido.

Por tanto, la evaluación en fobias específicas requiere un acercamiento comprensivo que típicamente incluye:

- Entrevista
- Procedimientos de evaluación conductual
- Autoinformes.
- Medidas psicofisiológicas (especialmente tasa cardíaca, menos utilizada en práctica clínica, sobre todo en investigación)

4.1 ENTREVISTA

Es el instrumento más utilizado. Establecer si el paciente puede tener una fobia específica, para ello ha de determinarse:

1. La presencia de miedo o evitación, asociados a objetos o situaciones específicas.
2. En caso afirmativo, el nivel de malestar o ansiedad.

Para establecer el diagnóstico de fobia específica e identificar condiciones comórbidas se puede recurrir a **entrevistas diagnósticas semiestructuradas**, tales como la Entrevista Clínica Estructurada o la Entrevista para los Trastornos de Ansiedad (tiempo admin 1-2h).

La Entrevista para los Trastornos de Ansiedad permite obtener:

- Diagnósticos fiables de todos los trastornos de ansiedad.
- Los trastornos del estado de ánimo por abuso de sustancias y somatomorfos.
- Evaluación solo en el presente (diagnostico actual), o también en el pasado (diagnostico vital)
- Añade información funcional y del grado de malestar e interferencia asociado a cada trastorno.

Preguntas adicionales para identificar las características particulares de la fobia del paciente:

- Situaciones temidas y evitadas.
- Reacciones físicas
- En el caso de la fobia a sangre-inyecciones-daño, presencia de mareos y desmayos.
- Cogniciones de temor.
- Conductas de escape-evitación.
- Conductas de comprobación, vigilancia y seguridad.
- Variables que afectan al miedo.
- Etiología del problema y curso del problema, incluyendo sus posibles fluctuaciones.
- Historia de intentos para superar el problema y de tratamientos.
- Interferencia del problema en la vida de la persona.
- Factores situacionales y personales que mantienen o se relacionan con el problema.
- Motivación, expectativas y objetivos del paciente para el tratamiento.
- Recursos y limitaciones del paciente.

4.2 CUESTIONARIOS E INVENTARIOS.

Las medidas de autoinforme estandarizadas para las fobias específicas suelen incluir inventarios generales de miedo, que hacen un cribado de las posibles fobias del paciente, y cuestionarios específicos de la fobia que presenta. Además, se recomienda introducir algún cuestionario de interferencia del problema.

Entre los **cuestionarios generales** de miedos el más utilizado es el Inventario de Reconocimiento de Miedos:

- 72 ítems
- Los estímulos se agrupan en 6 categorías:
 - Animales
 - Situaciones sociales o interpersonales
 - Daño físico, enfermedad y muerte
 - Ruidos
 - Otras fobias clásicas
 - Varios
- La persona debe señalar el miedo o malestar que le produce cada situación
- El tiempo de aplicación: 40 minutos
- Es útil a nivel cualitativo, ofrece información de la variedad e intensidad de los miedos

Una medida más reciente es la Escala de Respuesta a los Estímulos Fóbicos:

- 46 ítems
- Evalúa los aspectos cognitivos y emocionales de cinco tipos de miedos:
 - Social
 - Animales
 - Confinamiento físico
 - Daño corporal y sangre-inyecciones.
- Puede ser útil para la identificación de áreas problema en la evaluación previa al tratamiento
- De poca utilidad para la monitorización de los cambios a lo largo de la intervención

Por lo que respecta a los **cuestionarios específicos**, existe una amplia variedad, con una representación desigual de las distintas fobias. Por ejemplo, existen diversos instrumentos para la evaluación de la fobia a las arañas, a sangre-inyecciones-daño, dental mientras que otras fobias frecuentes (ej. tormentas, ratones, perros) cuentan con pocos o ninguno.

Bados propone una alternativa especialmente para **aquellos casos en los que no se dispone de cuestionarios específicos**, el Índice de Evaluación de la Fobia Específica:

- Medida breve (5 ítems)
- Fácil de administrar y corregir
- De gran utilidad para la monitorización de la evolución a lo largo del tratamiento
- Aplicable a cualquier fobia específica.

Dado que las fobias específicas con frecuencia se asocian al **miedo a las sensaciones físicas**, puede ser interesante introducir algún cuestionario para la evaluación del miedo a los síntomas relacionados con la ansiedad, como el Índice de Sensibilidad a la Ansiedad 3.

En fobias en las que la sensibilidad al **asco** juega un papel relevante (i.e. sangre-inyecciones-daño y algunos animales), se puede determinar este parámetro a través de cuestionarios como la Escala de Asco o la Escala Revisada de Sensibilidad y Propensión al Asco.

Conviene introducir algún cuestionario para **valorar el grado de interferencia** que tiene la fobia en la vida del paciente. Algunas alternativas son la Escala de Evaluación de la Actividad Global o la Escala de Inadaptación.

4.3 OTRAS MEDIDAS DE AUTOINFORME

En la evaluación en fobias específicas se utilizan otras herramientas que resultan de gran utilidad para la formulación del caso y la planificación del tratamiento.

La construcción de la jerarquía de situaciones temidas. Consiste en un listado de estímulos ansiógenos ordenados según el grado de ansiedad que provocan a la persona.

Suelen incluir de 5 a 15 ítems específicamente definidos y que son valorados y cuantificados en unidades subjetivas de ansiedad (USAs) con escalas.

Los ítems deben ser:

- Representativos de las diversas situaciones temidas por la persona
- Ser pertinentes para esta
- Cubrir los diferentes niveles de ansiedad.

Es importante que la jerarquía sea personalizada y adaptada a las características y circunstancias específicas de la persona, sin presupuestos previos.

Termómetros de miedo: escalas analógico-visuales en las que la persona indica el miedo que está experimentando en un momento dado. Estos termómetros se utilizan en la aplicación de test de evitación o aproximación conductual para evaluar la ansiedad, así como durante la exposición. También pueden utilizarse versiones gráficas con diagramas de barras o variaciones de color.

4.4 MEDIDAS CONDUCTUALES

La evaluación conductual supone la evaluación directa del comportamiento del paciente en las situaciones fóbicas. Este tipo de evaluación proporciona información objetiva.

El procedimiento de evaluación conductual más utilizado en este contexto es el **test de aproximación/evitación conductual (BAT)**. Consiste en exponer al paciente al estímulo temido dándole instrucciones para que se vaya aproximando progresivamente al estímulo. Supone la observación de la persona en la situación temida y proporciona la oportunidad de evaluar la respuesta real del paciente ante unos estímulos que habitualmente evita.

Dos tipos de BAT:

1. BAT progresivo: supone que el paciente se implica progresivamente, paso a paso, en las situaciones o estímulos
2. BAT selectivo: implica que el clínico selecciona uno o dos estímulos de la jerarquía del paciente y le insta a completar cada uno de ellos con objeto de provocar la respuesta fóbica.

El BAT registra distintas variables:

- Distancia que alcanza la persona
- Tiempo máximo
- Intensidad tolerada.

Se puede pedir a la persona que verbalice los pensamientos, así como la ansiedad que va experimentando.

El BAT proporciona información sobre:

- La evaluación del miedo
- Las cogniciones de ansiedad
- Las conductas de "evitación sutil"
- La reactividad fisiológica
- Los parámetros de la situación que afectan al miedo del paciente

Los pacientes pueden infravalorar su miedo o aproximarse al estímulo más de lo habitual en la situación natural dada la seguridad que puede suponer el entorno clínico.

Se pueden utilizar **auto-registros**. Implican que el paciente se auto-observa y registra en sus encuentros con el estímulo temido.

El diseño del auto-registro generalmente incluye información de:

- Fecha y hora
- Lugar; características del estímulo fóbico
- Personas presentes
- Conducta motora
- Nivel de ansiedad (0-10 o 0-100)
- Pensamientos
- Consecuencias.

4.5 EVALUACIÓN PSICOFISIOLÓGICA

La evaluación psicofisiológica se centra en la evaluación directa de distintas respuestas fisiológicas indicadoras de ansiedad ante distintos estímulos o situaciones.

Los parámetros más utilizados son:

- Conductancia de la piel
- Electromiograma
- Tasa cardíaca

Hasta la fecha se ha venido utilizando fundamentalmente en investigación y raramente en la práctica clínica, debido al coste del instrumental necesario y a su complejidad.

5. REVISION DE LOS TRATAMIENTOS

El tratamiento con un mayor apoyo para las fobias específicas es “las terapias basadas en exposición” que incluyen exposición en vivo, exposición en imaginación, a través de la realidad virtual, desensibilización sistemática y tensión muscular.

La evidencia empírica proporciona un mayor apoyo a la exposición en vivo frente a otras formas de exposición.

La exposición supone la presentación al paciente de la situación ante la que tiende a realizar las conductas de evitación logrando que se enfrente a ella repetidamente hasta que el malestar disminuya. El cambio conseguido en la exposición es la habituación o extinción de la respuesta.

La **exposición en vivo** implica la confrontación real en un ambiente controlado, puede implicar estímulos de intensidad máxima (inundación) o una exposición progresiva.

Puede administrarse en una única sesión (1-3 horas de duración) o en varias sesiones (habitualmente 3-8 sesiones de entre 1-1,5 horas de duración).

La exposición en vivo adopta la forma de modelado participante cuando el terapeuta modela activamente cada paso de la exposición y enseña al paciente como interactuar con el estímulo temido.

La **exposición en imaginación** supone la evocación en la imaginación de los estímulos temidos.

Requiere una prueba de la capacidad de imaginación, en los casos en lo que resulte necesario, un entrenamiento.

La ventaja principal de la exposición en vivo es su flexibilidad, ya que permite:

- Repetir una situación determinada
- Hacer el estímulo extremo
- Que el contexto temido cambie a nuestra conveniencia

La **exposición a través de realidad virtual** sitúa al sujeto en un mundo virtual generado por un sistema computarizado especializado que implica imágenes tridimensionales que cubren todo el campo visual del sujeto. Tratamiento en particular para la fobia a volar y las alturas.

La **desensibilización sistemática** implica la exposición en imaginación mientras evoca una respuesta incompatible.

- Se basa en los principios de inhibición recíproca y contracondicionamiento,
- Tratamiento tiende a ser más prolongado que la exposición en vivo
- Tiene mayores efectos sobre la ansiedad subjetiva que sobre las respuestas de evitación.
- No se recomienda como la primera línea de intervención en pacientes después de la exposición en vivo o a otras formas de exposición.

La **tensión muscular aplicada** es una variante de la exposición en vivo específica para la fobia a la sangre inyección-daño. Se incorporan ejercicios de tensión muscular con lo que se busca incrementar la tensión arterial para reducir la probabilidad de aparición de mareo y desmayo cuando la persona se enfrenta al estímulo fóbico.

Es más eficaz que la exposición sola en estos casos, por lo que se considera el tratamiento de elección para pacientes con fobia a sangre-inyecciones-daño con una historial de mareos y desmayos.

Otras variantes de la exposición tales como la **exposición interoceptiva** (fundamentalmente en claustrofobia).

Más allá de las técnicas basadas en la exposición, las revisiones y listados hacen referencia a la eficacia de la terapia cognitiva:

- Eficaz por sí misma para algunos tipos de fobias (ej.: claustrofobia o fobia dental)
- Como complemento de la exposición en vivo para reestructurar los pensamientos distorsionados o irracionales relacionados con el estímulo fóbico.

Por lo que respecta al **tratamiento farmacológico** no hay un tratamiento de elección en el caso de las fobias específicas, utilizados en todo caso como complemento del tratamiento con exposición.

Los fármacos tradicionalmente utilizados incluyen los betabloqueantes y las benzodiacepinas, que pueden ser de utilidad en situaciones agudas, pero con un efecto limitado y un retorno de la ansiedad sin la medicación.

Más prometedora parece la aplicación de fármacos fortalecedores del aprendizaje, en particular la D-cicloserina que incrementa el efecto de la exposición cuando se aplica tras las sesiones.

En el caso específico de las fobias dentales, también se utilizan otros fármacos para posibilitar determinadas intervenciones tales como la anestesia.

5.1 EFICACIA DE LOS TRATAMIENTOS

La **exposición** consigue cambios cognitivos, mientras que la **habitación** de las respuestas fisiológicas resulta más problemática en la mayoría de los estudios. Los pacientes dejan de emitir la respuesta de evitación, exponiéndose al estímulo, pero siguen presentando activación fisiológica y malestar subjetivo.

- Los tratamientos psicológicos son más eficaces que el no tratamiento.
- Las terapias basadas en la exposición son claramente superiores al no tratamiento.
- Los tratamientos no basados en exposición son superiores al no tratamiento, tanto en medidas subjetivas como conductuales.

- Los tratamientos que no implican exposición también pueden suponer beneficios para los pacientes con fobias específicos.
- La terapia cognitiva como tratamiento único puede ser eficaz para la fobia dental y la claustrofobia. Su utilidad en conjunción con la exposición tiene una posible utilidad para la claustrofobia, pero no para otros tipos de fobia.

Respecto a las modalidades de exposición:

- Superioridad de la exposición en vivo frente a otras formas de exposición. Los resultados son mejores en el postratamiento, pero esa ventaja tiende a desaparecer en los seguimientos. Esto podría indicar una mejoría más rápida o bien un efecto techo.
- Sitúan los porcentajes de recuperación con esta técnica en un 80-90%, aunque advierten de la necesidad de tomar estos datos con precaución por no considerar las tasas de rechazos y abandonos

Más allá de la modalidad de presentación de los estímulos, diversos estudios han analizado el efecto de otras variables que afectan a la eficacia de la exposición:

- El efecto de la exposición, especialmente a largo plazo, mejora cuando se introducen variaciones en el contexto de la exposición y en los estímulos
- Aunque la mayoría de los estudios se basan en aplicaciones individuales, hay evidencia sobre la eficacia de aplicaciones grupales.
- El efecto se incrementa cuando la exposición es dirigida por el terapeuta, frente a la autodirigida, si bien los resultados de la autoexposición guiada por ordenador son muy positivos.

Recomendaciones para la aplicación de la exposición:

1. Centrarse en el asco además de la ansiedad
2. Centrarse en las condiciones de miedo durante la aplicación de la exposición
3. Cambiar el contexto entre sesiones
4. Monitorizar los cambios en la tasa cardíaca
5. Dormir y o administrar D-cicloserina después de una sesión exitosa de exposición.

Factores que incrementan el efecto de la técnica

- Alta motivación
- Alta auto eficacia
- Baja ansiedad rasgo

El número de sesiones necesarias para obtener una reducción significativa de la ansiedad es entre 1 y 7 sesiones.

6. PROGRAMAS DE TRATAMIENTO PROPUESTO

Se detalla paso a paso un programa de referencia para el tratamiento de las fobias específicas en general basado en la aplicación de la exposición en vivo.

6.1. DEVOLUCIÓN DE RESULTADO DE LA EVALUACIÓN, PSICOEDUCACIÓN SOBRE EL PROBLEMA Y EL TRATAMIENTO, MOTIVACIÓN Y FORTALECIMIENTO DEL COMPROMISO

Objetivos prioritarios de estas sesiones:

- Crear un rapport entre terapeuta y paciente, que se conozcan mejor.
- Aumentar la confianza del paciente sobre el terapeuta.
- Eliminar la incertidumbre.
- Que el paciente asuma un papel activo.

- Comprometer al paciente, evitar el sabotaje.
- Incrementar la motivación hacia la terapia.
- Analizar con mayor detalle los orígenes y mantenedores de la fobia.

Pasos para conseguir estos objetivos:

1. **Devolución de resultados de la evaluación, explicación sobre el mantenimiento y origen del problema de forma didáctica.**
 - Indagar sobre los aspectos que pueden quedar aún por determinar.
 - Información sobre la naturaleza de la ansiedad, normalizando la aparición de algún grado de ansiedad.
 - Diferenciación entre la fobia y el miedo normal y adaptativo (especialmente en pacientes que se puedan minimizar o subestimar la relevancia de su problema) y en última instancia, conseguir tranquilizarles.
 - Hay veces en las que los pacientes no logran identificar el origen, aclarar que se puede aplicar el tratamiento de todos modos. Aun así, insistir en el origen, ideas o creencias sobre el mismo.
2. **Presentación, justificación del tratamiento: la exposición.**
 - Descripción general del procedimiento de exposición.
 - Presentación de la exposición como alternativa a lo que el paciente ha venido haciendo. Esencial explicar al paciente cómo sus estrategias, han contribuido al mantenimiento o sensibilización de la ansiedad y como la exposición puede romper esos procesos.
 - Indicación de lo que se consigue con el procedimiento:
 - Romper o reducir la asociación entre estímulos internos/situaciones temidas y la ansiedad
 - Comprobar que las consecuencias negativas anticipadas no ocurren
 - Aprender a manejar o tolerar la ansiedad y el pánico
 - Indicación de que en la exposición se va a experimentar ansiedad y malestar. Se puede ejemplificar con el dolor causado por el fisioterapeuta, insistir en el carácter transitorio de la ansiedad.
 - Tranquilización al paciente sobre la aplicación de la exposición, no se le va a poner en peligro. En el entrenamiento en algunas estrategias de afrontamiento van a permitir manejar las situaciones.
 - Necesidad de que el paciente adopte un papel activo y cumple las tareas.
3. **Estrategias para el incremento de la motivación y el fortalecimiento del compromiso. -hacerle ver las ventajas de eliminar este problema.**
 - Reforzar el hecho de haber acudido a consulta
 - Aplicación de la entrevista motivacional
 - Ajuste de las expectativas y de los objetivos que se puedan tener respecto al tratamiento y al futuro comportamiento ante la situación temida
 - Para mantener la motivación, recurrir al reforzamiento contingente al progreso. En caso de utilizar reforzamiento aplicarla en función de la permanencia en la situación temida más que de la reducción de la ansiedad.

6.2 ENTENAMIENTO EN HABILIDADES

La inclusión de estas estrategias habrá de valorarse en función de las características de cada caso concreto, ya que no existen especificaciones claras sobre qué tipos de pacientes se benefician de ellas. En todo caso, para la consecución de los objetivos indicados conviene entrenarlas antes de la exposición.

1. **Provisión de información sobre el estímulo temido.** Se aplica con frecuencia en la fobia a volar o de las fobias dentales y permite corregir algunas ideas erróneas sobre el estímulo temido. Información sobre cómo volar y por qué mueven los aviones
2. **Técnicas control activación:** en respiración y relajación.
3. **Control de pensamientos.** Reestructuración cognitiva cuando se detectan pensamientos negativos
4. De manera específica, en la fobia a sangre-inyección-daño, **aplicación de la tensión aplicada.**

6.3 IDENTIFICACIÓN ESTÍMULOS FÓBICOS Y CONSTRUCCIÓN DE LA JERARQUÍA

La aplicación de la exposición propiamente dicha comienza con la identificación de los estímulos fóbicos, esto es, del conjunto de circunstancias específicas que suscitan respuestas de ansiedad en el paciente.

Han de tenerse en cuenta las siguientes consideraciones:

- Los estímulos han de describirse de manera específica.
- Han de incluir información de los diversos parámetros que afectan al miedo.
- Han de incluir situaciones reales que es probable que la persona encuentre en su vida cotidiana.
- Conviene incluir situaciones en las que la persona haya experimentado reacciones fóbicas intensas y, eventualmente, ataques de pánico, con objeto de aprender a manejarlas y reducir así la probabilidad de recaída.
- Incluir estímulos que induzcan sensaciones de asco, especialmente en aquellas fobias más relacionadas al asco (sangre-inyecciones-daños y animales repulsivos)

Para la exposición gradual, a partir de estos listados, se establece una jerarquía de exposición que implica la selección y ordenación de los estímulos, entre los que se debe incluir una muestra de las situaciones significativas y pertinentes para el paciente, y que generen distintos niveles de miedo.

La construcción de la jerarquía va a requerir que previamente, y en caso de que no se haya hecho durante la evaluación, se instruya y entrene a la persona en el manejo de la escala de USAs o del termómetro del miedo. A partir de ahí se establece secuencialmente:

- Punto de anclaje superior de la jerarquía
- Punto de anclaje inferior
- Punto intermedio entre ambos (contar con unos 10-15 ítems)

Una vez construida, se procede, en colaboración con el paciente, a la revisión y revalorización de los ítems hasta llegar a la jerarquía final constituida generalmente también por 10-15 ítems.

Respecto a las jerarquías para la exposición en fobias específicas, conviene tener presente que:

- Habrá que construir tantas jerarquías como fobias presentes la persona.
- Mostrar diversidad de estímulos y diversidad de contextos.
- Incluir estímulos presentados por diversos medios (fotografías, vídeos...) pueden favorecer a la técnica primeros acercamientos.

A la hora de establecer la jerarquía final que se aplicará en la exposición es importante también tener en cuenta la viabilidad de los estímulos seleccionados (ej.: elegir razas y tipos de perro a los que se tenga acceso).

Se pueden plantear dos modos diferentes de elaboración de la jerarquía:

1. Establecerla por completo desde el principio, de forma cerrada.
2. Ir construyéndola por partes, conforme se avanza en la exposición y teniendo en cuenta la progresión del paciente.

6.4 PRESENTACIÓN DE ESTÍMULOS

En la exposición en vivo se le presentan al sujeto situaciones reales en las que estén presentes los estímulos temidos, ya sea en:

- Consulta del terapeuta.
- Su ambiente natural (en forma de auto-exposición): de gran utilidad para el mantenimiento de los resultados.
- Combinación de ambas.

Se le presenta en el paciente al mismo tiempo que se impide que escape.

La exposición puede ser:

- Gradual: comenzando por los estímulos que producen poca ansiedad y avanzando paulatinamente hasta los más terroríficos.
- Brusca: comenzando el procedimiento por los estímulos altos y/o incluyendo saltos más abruptos entre estímulos sucesivos.

Ambas modalidades acaban por ser eficaces, pero la acción de la exposición brusca parece ser más rápida. No obstante, una aproximación excesivamente rápida puede dar lugar a la no-adherencia y al abandono del tratamiento.

En cuanto a la duración de las sesiones de exposición, es muy variable, aunque como término medio se prolongan entre 30 minutos y 2 horas, aunque pueden llegar a durar hasta 3 horas

Para establecer el momento de finalización de la sesión existen tres perspectivas:

1. **Perspectiva de la habituación:** disminución significativa de la ansiedad.
 - Criterio más o menos restrictivo: desaparición completa de la ansiedad, ansiedad leve de 25 o menos USAs, por debajo de la mitad de nivel inicial.
 - Criterios menos restrictivos: reducción, al menos del 50% de la ansiedad.

Cuando las situaciones tienen una duración limitada y ésta resulta insuficiente para que la ansiedad se reduzca (e.g. subir en un ascensor), se suele optar por repetir la exposición a dichas situaciones.

En aquellas situaciones en las que tampoco pueden realizarse repeticiones frecuentes (e.g. extracciones de sangre) se establecerá una jerarquía en función de logros progresivos, independientemente del nivel de ansiedad; en estos casos el criterio para finalizar la exposición será el logro del objetivo propuesto.

2. **Desde la perspectiva del aprendizaje correctivo:** el paciente ha de exponerse a la situación hasta que aprenda que las consecuencias que teme no ocurren o que puede afrontar el estímulo temido tolerando la ansiedad. Se valorará:
 - Los principales temores del paciente ante la situación y, tras la exposición.
 - El grado de ocurrencia de aquello que le preocupaba.
3. **Desde la perspectiva de la autoeficacia:** la exposición se mantiene hasta que el paciente perciba que tiene control sobre la situación.

A lo largo de la presentación del estímulo se incluyen valoraciones repetidas de la ansiedad, que permiten determinar su progresión a lo largo de la exposición. No obstante, también se puede recurrir a indicadores conductuales a través de la observación o incluso a parámetros fisiológicos.

Durante la presentación de los estímulos es conveniente que el paciente les preste atención, implicándose y sintiendo la experiencia de exposición en todos sus aspectos. Por ello es preciso estar alerta a la posible aparición de respuestas de evitación durante la exposición. Conviene incluir estrategias que ayuden al paciente a focalizar la atención en el estímulo, en la actividad que está realizando y en los síntomas de ansiedad, insistiéndole a aplicar las estrategias de afrontamiento aprendidas.

No obstante, si en algún momento el paciente se siente desbordado puede emplear, además de las estrategias de afrontamiento aprendidas, estrategias distractoras o defensiva, incluso el escape temporal de la situación.

- Respuesta de escape o evitación: es preciso instar al sujeto a que inmediatamente vuelva a exponerse a los estímulos.
- Conductas defensivas: se pueden aceptar temporalmente, sobre todo al principio, para aumentar la sensación de control y hacer el tratamiento más tolerable, pero deben ir eliminándose gradualmente.

Tras la presentación de los estímulos se puede abrir un espacio de reflexión y de procesamiento de lo realizado. La terapeuta debe mantener un diálogo con el paciente en el que, utilizando la escucha reflexiva y la clarificación, se analice lo sucedido durante la exposición enfatizando los logros y analizando los problemas que puedan haber surgido.

Criterio de superación:

1. **Desde la perspectiva de la habitación de la ansiedad**, cada paso se repite hasta conseguir dos prácticas consecutivas con un nivel de ansiedad leve.
2. **Desde la perspectiva del aprendizaje correctivo**, se repite hasta que el paciente aprende que las consecuencias temidas no ocurren y su nivel de ansiedad es leve.
3. **Desde una perspectiva de la auto eficacia** se repite hasta que la persona se siente capaz de afrontar el siguiente paso.

Sea cual sea el criterio, si el progreso se detiene en un paso, hay que intentar averiguar por qué. Habitualmente se indica que el paso elegido es demasiado difícil, por lo que habrá que generar pasos intermedios.

La aplicación de la exposición se prolonga a lo largo de varias sesiones.

- Tradicionalmente se ha considerado que los efectos de la exposición son mayores con un intervalo corto entre sesiones.
- Parece que, si bien las exposiciones concentradas favorecen la reducción del miedo a corto plazo, los efectos a largo plazo son mayores con sesiones espaciadas.
- En la práctica clínica habitual es frecuente recurrir a sesiones semanales complementadas con tareas para casa entre sesión y sesión.
- Alternativamente existen propuestas de tratamiento de las fobias específicas en una única sesión de exposición de hasta 3 horas de duración.

Para su aplicación suelen utilizarse:

- La guía del terapeuta a través de manuales o instrucciones sobre cómo llevar a cabo la autoexposición
- Auto-registros de las tareas de auto-exposición en los que se suele incluir información sobre:
 - Fecha/hora de la exposición
 - Actividad realizada
 - Ansiedad máxima experimentada (0-10)
 - Acciones realizadas para manejar la ansiedad
 - Presencia o no de otras personas

Así mismo, puede implicar la participación de un coterapeuta que acompañe al paciente en algunos momentos o fases de las tareas de exposición. El coterapeuta, habitualmente un familiar, amigo, o persona del medio del paciente, ha de servir como modelo.

Puede ser necesario recurrir a la presencia del terapeuta cuando aparecen dificultades a lo largo del tratamiento.

Es frecuente que la autoexposición se combine con el entrenamiento en estrategias de afrontamiento para manejar la ansiedad como autoinstrucciones, relajación...

El principal problema en la aplicación de programas de autoexposición es la persistencia en la práctica.

6.5 CONSIDERACIONES ADICIONALES

Cuando la exposición en vivo no es factible, la exposición en imaginación constituye una alternativa, además de que se puede utilizar como complemento en aquellos pacientes reticentes a aceptar la exposición en vivo. No obstante, en algunos casos, la auto exposición puede ser una alternativa más potente.

La exposición en imaginación requiere, además una prueba de la capacidad de imaginación. Habrá casos en los que resulte necesario un entrenamiento. Se incluye la descripción de la situación temida de los desastres de miedos y los pensamientos del paciente. Para facilitar la imaginación se pueden utilizar algunos elementos reales. Habitualmente se graban esas escenas.

Los principales problemas de la exposición en imaginación están relacionados con la aparición de evitación encubierta (llamado miedo residual). Se hace necesario, entonces, la programación de una habituación a los estímulos en vivo.

La utilización de medicación no se ha mostrado eficaz. Las sesiones de exposición se realizan en momentos que no se ha consumido el fármaco y evitar que se utilice éste como conducta defensiva.

La evolución de los pacientes no suele ser lineal, apareciendo altibajos y contratiempos. Cuando esto ocurre hay que identificar los factores que puede haberlo motivado, adaptar el programa a la evolución del paciente y a sus circunstancias.

6.6. CONSIDERACIONES Y APLICACIONES PARA DIVERSAS FOBÍAS ESPECÍFICAS

En este apartado se ejemplifica la aplicación del programa propuesto a algunas fobias específicas concretas.

FOBIAS SANGRE-INYECCIONES-DAÑO

El tratamiento para este tipo de fobias se incluye el entrenamiento en tensión aplicada.

Esta técnica implica tres pasos secuenciales:

1. tensión de grandes grupos musculares 10-15 segundos, seguida de distensión. Repetición 5 veces.
2. Repetición de todo el paso anterior cinco veces al día durante una semana.
3. Práctica de la exposición.

El tratamiento completo suele durar unas cinco sesiones.

En caso de aparecer dolores tensionales durante la práctica de los ejercicios se puede reducir la fuerza o la frecuencia. Además, cuando se aplica la tensión en una situación médica es importante adaptar los ejercicios de tensión a las características.

En cuanto a la presentación de estímulos, puede ser útil incluir en los primeros pasos fotografías, imágenes o estímulos simulados. Además, habría que valorar la conveniencia de incluir estímulos que provocan asco en la construcción de la jerarquía.

Se desaconseja la introducción de técnicas de relajación que propician la disminución de la presión sanguínea pudiendo facilitar el desmayo.

FOBIA A CONDUCIR

Valorar si existe un déficit en sus habilidades (falta de práctica) o condición que dificultan la conducción, como problemas de visión. Importante valorar si es necesario abordar éstos.

Si se dan sensaciones de ansiedad durante la exposición, comenzar la exposición con ítems que minimicen el riesgo (zonas de poco tráfico, baja velocidad) o incluso añadir exposición interoceptiva.

Alternativamente, cuando exista disponibilidad, se puede recurrir a programas multicomponentes en los que, como paso previo a la exposición en vivo, se recurra a la exposición con elementos simulados mediante videojuegos realistas.

FOBIA A ATRAGANTARSE

Es una fobia que implica grandes limitaciones en la vida de la persona al llevar a evitar la ingesta de la mayor parte de los alimentos. Cuando la fobia está muy consolidada, la persona puede llegar a alimentarse exclusivamente de líquidos y, en su caso, cremas y pures.

En estos casos el tratamiento suele implicar:

1. Información sobre los datos sobre la baja, probabilidad de atragantamiento y las estrategias para afrontarlo en caso de ocurrir (maniobra de Heimlich).
2. Reestructuración cognitiva sobre las sensaciones físicas y sobre las consecuencias fatales del atragantamiento.
3. Exposición interoceptiva a las sensaciones relacionadas con el atragantamiento.
4. Exposición en vivo comer alimentos evitados.

Es útil entonces que el terapeuta vaya reforzando los logros, animando al paciente a ir introduciendo los alimentos ya superados en su dieta habitual.

FOBIA A VOLAR EN AVIÓN

Este tipo de fobia es ejemplo de las dificultades de aplicación de la exposición en vivo. Por ello, aun incluyendo exposición en vivo en la fase final del tratamiento, los programas para este tipo de fobias incorporan otra serie de elementos:

1. Información sobre el funcionamiento de los aviones, las reacciones físicas y sensaciones en las diversas fases del vuelo
2. Reestructuración cognitiva de la sobreestimación del peligro de los vuelos y la catastrofización de las sensaciones de ansiedad
3. Entrenamiento en estrategias para el control de la activación
4. Entrenamiento en autoinstrucciones para su aplicación durante la exposición
5. Exposición en imaginación y/ o a través de simuladores o realidad virtual
6. Exposición en vivo, generalmente en forma de autoexposición
- 7.

7. PERSPECTIVAS DE TRATAMIENTO

7.1 LINEAS DE INVESTIGACIÓN

En general, este tipo de estudios son escasos, heterogéneos (en cuanto al diseño, tipos de fobias...), con tamaños muestrales pequeños y, con frecuencia, carentes de seguimientos o con seguimientos cortos (hasta 3 meses). De hecho, los estudios tienden a centrarse en unas pocas fobias (especialmente en animales). Además, en buena parte se basan en muestras comunitarias y se realizan en entornos no clínicos, sin incluir análisis de la transferencia de los resultados a la vida real.

Plantean una serie de cuestiones por resolver respecto a la aplicación de los tratamientos para las fobias:

Determinar qué perspectivas resulta más útil para determinar la duración de la sesión de exposición y para establecer el criterio para dar por superado.

- Determinar la eficacia de la exposición intermitente, interrumpida o dosificada.
- Continuar investigando sobre la distracción y la distracción parcial.
- Profundizar en la pertinencia de las estrategias de afrontamiento. Se plantea el papel que puede tener la tensión aplicada y el de la exposición interoceptiva

Sería pertinente continuar investigando sobre el efecto de fármacos como el propranolol los glucocorticoides que han mostrado resultados prometedores como tratamientos adjuntos a la exposición para las fobias.

- Los glucocorticoides podrían tener un efecto beneficioso cuando se aplican antes de la exposición.
- El propranolol propiciaría la extinción del miedo y la reducción de la actividad fisiológica cuando se administra después.

7.2 DESARROLLOS RECIENTES Y FUTUROS

La exposición a través de internet, móviles, realidad virtual o realidad aumentada, pueden suponer un cambio significativo.

La exposición a través de realidad virtual ha recibido más atención. Interés en su flexibilidad y aplicabilidad a fobias con situaciones de difícil reproductividad. Se está constituyendo en una alternativa para el tratamiento de las fobias específicas. Supone una ventaja cuando el tratamiento implica acciones intrusivas o un coste sustancial como volar. La exposición por realidad virtual es eficaz incluso en una única sesión 45-180 minutos. Es mayor cuando no hay comorbilidad.

La investigación con realidad aumentada ha demostrado eficacia en pacientes con trastorno de estrés postraumático y otros trastornos de ansiedad.

Importantes revisiones sistemáticas y autores:

- Botella – Fobias (animales, volar y agorafobia).
- Freitas – realidad virtual a diversos trastornos de ansiedad.
- Krzystanek – realidad virtual para las fobias (agorafobia y fobia social).
- Wechsler – exposición en vivo vs realidad virtual (agorafobia y fobia social).

1. INTRODUCCIÓN

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) es el más reciente de los trastornos de ansiedad. Su consideración como entidad clínica data de 1980 cuando se incorporó al DSM-III como una **categoría residual** la que solo se recurría cuando no se cumplían criterios para cualquier otro trastorno de ansiedad.

Desde entonces la conceptualización de este trastorno ha variado significativamente y ya desde el DSM-III-R (1987) adquirió entidad propia y situó a las **preocupaciones** como el elemento central y definitorio del trastorno.

Se trata de un trastorno muy habitual, que aparece con frecuencia asociado a otros problemas.

No obstante, a pesar de los progresos realizados sigue siendo el trastorno de ansiedad que más interrogantes suscita, en particular en cuanto a su tratamiento.

2. DEFINICIÓN, CLASIFICACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

2.1 DEFINICIÓN

La característica fundamental del TAG es la presencia de alta ansiedad no asociada a objetos, situaciones o sensaciones específicas, tal y como sucede en las fobias o el pánico.

En el TAG la presencia de la ansiedad es constante, y se caracteriza por la aparición de **preocupaciones que son su síntoma nuclear**. Se trata de preocupaciones generalizadas sobre distintos ámbitos de la vida de la persona y que la persona se siente incapaz de detener una vez se han iniciado.

Frente a las preocupaciones normales y adaptativas, las preocupaciones del TAG se caracterizan por:

- Tener un menor grado de control percibido.
- Ser más intensas y angustiantes.
- Tener una mayor duración.
- Producirse con frecuencia sin desencadenantes.
- Mayor variedad de circunstancias o áreas de preocupación.
- Hacer referencia con mayor frecuencia a cuestiones menores.
- Hacer referencia con mayor frecuencia al futuro o a acontecimientos con baja probabilidad de ocurrencia.
- Presentar cambios repetidos de un foco de preocupación a otro.
- Acompañarse de síntomas físicos (síntomas físicos definitorio del trastorno).

En general, las personas con TAG manifiestan un importante grado de incapacitación y deterioro del funcionamiento.

Y aunque la preocupación y la tensión crónicas son las características principales del TAG, los pacientes con esta condición generalmente acuden a atención primaria con quejas somáticas, no suelen buscar tratamiento psicológico.

2.2 CLASIFICACIÓN

En el DSM-5 no ha habido variaciones para este trastorno, el TAG se incluye dentro de los trastornos de ansiedad y se define por la presencia continuada de ansiedad y preocupaciones que se acompañan de diversos síntomas físicos.

En el CIE-11 el TAG se incluye dentro de los trastornos de ansiedad o relacionados con el miedo y se define de forma similar.

Diferencias entre el DSM-5 y el CIE-11:

- El DSM indica que han de darse ansiedad excesiva y preocupación, mientras que el CIE requiere una u otra.
- El DSM indica un número mínimo de síntomas adicionales requeridos para el diagnóstico, el CIE no.
- El DSM establece una duración de los síntomas (6 meses) mientras CIE hace solo una indicación general (varios meses).
- Respecto a los síntomas adicionales, como elementos diferenciados el DSM incluye fatigabilidad y el CIE activación simpática.
- El CIE no incluye la referencia, que sí hace el DSM, a la dificultad de control de las preocupaciones.

DSM-5	CIE-11
Ansiedad y preocupación excesiva, que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante al menos 6 meses.	Síntomas marcados de ansiedad que persisten durante al menos varios meses, durante más días que los que no se manifiestan, ya sea por aprensión general (es decir, "ansiedad de flotación libre") o preocupación excesiva centrada en múltiples eventos cotidianos.
La ansiedad y la preocupación se asocian a 3 (o más) de los 6 síntomas siguientes: 1) Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta. 2) Fatigarse fácilmente. 3) Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco. 4) Irritabilidad. 5) Tensión muscular. 6) Problemas de sueño.	Los síntomas anteriores se dan junto con síntomas adicionales como tensión muscular o inquietud motora, actividad simpática autónoma, experiencia subjetiva de nerviosismo, dificultad para mantener la concentración, irritabilidad o trastornos del sueño.
La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente o deterioro en algunos ámbitos.	Los síntomas causan una angustia o un deterioro significativos en las áreas personales, familiares, sociales, u otras áreas importantes del funcionamiento.
La alteración no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia, ni a otra afección médica.	Los síntomas no son una manifestación de otra condición de salud y no se deben a los efectos de una sustancia o medicamento en el sistema nervioso central.
La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental.	

El DSM-5 incluye además una serie de características asociadas que apoyan el diagnóstico, en concreto:

- Síntomas asociados a la tensión muscular.
- Síntomas somáticos.
- Respuesta de sobresalto exagerada.

En líneas generales, el DSM-5 ha incorporado pocas modificaciones respecto a las clasificaciones previas. Los cambios introducidos han sido los siguientes:

- Se especifica que la ansiedad y preocupación excesivas estén presentes durante más días de los que han estado ausentes durante un periodo de 6 meses; antes se indicaba solo presencia durante 6 meses.
- Se elimina el requerimiento de que la preocupación sea constante, que estaba presente en clasificaciones previas.

2.3 CARACTERIZACIÓN CLÍNICA

El TAG se caracteriza por la presencia de ansiedad difusa o generalizada y de preocupaciones.

- Las **preocupaciones** son cadenas de pensamientos predominantemente lingüístico-verbales con carga afectiva negativa y relativamente incontrolables orientados hacia un peligro futuro que se pretende prevenir o evitar

Las preocupaciones suelen referirse a:

- Circunstancias de la vida diaria (familia, amigos, dinero, trabajo estudios...)
- Asuntos menores (tareas domésticas, reparación del coche, llegar tarde...)
- Situaciones generales (la pobreza y violencia en el mundo, situaciones injustas...)

Craske y Barlow (2006) enumeran los siguientes temas comunes en las preocupaciones del TAG:

- **Salud:** preocupaciones por posibles problemas de salud, por la incapacidad para afrontar la enfermedad (de uno mismo o de otros).
- **Familia y/o amigos:** preocupaciones por ser un buen padre/madre, amigos...
- **Trabajo/estudios:** preocupaciones por terminar las tareas y cumplir con el trabajo.
- **Economía:** preocupaciones por tener dinero en futuro, por llegar a fin de mes.
- **Vida cotidiana:** preocupaciones por ser puntual, por presentar buena apariencia.

Conviene diferenciar las preocupaciones de otros procesos cognitivos con los que a veces se puede confundir, en particular respecto a las obsesiones y las rumiaciones.

- Las **obsesiones** son cogniciones experimentadas como intrusas e inaceptables, que incorporan a los pensamientos impulsos e imágenes y que pueden tener un contenido extraño, irracional y que es estático; frente a ello las **preocupaciones** suelen referirse a temas cotidianos y son altamente cambiantes.
- Frente a las **rumiaciones** depresivas, que se suelen centrar en acontecimientos pasados, las **preocupaciones** tienden a centrarse en posibles eventos negativos futuros.

La preocupación y la ansiedad generalizada se asocian también a una serie de procesos cognitivos. Entre ellos, caben destacar:

- Creencias sobre las preocupaciones incluyendo creencias positivas sobre su utilidad y creencias negativas sobre su peligro e incontrolabilidad.
- La dificultad en la solución de problemas, con una menor autoconfianza en su capacidad para solucionar los problemas y una menor sensación de control.
- Sesgos de juicio relacionados con la predicción de resultados negativos de aquello que les preocupa.
- La baja tolerancia hacia la incertidumbre.
- Sesgo atencional hacia los estímulos e interpretación amenazantes de las situaciones ambiguas o inciertas – lleva a un círculo continuo de hipervigilancia-evitación.

Adicionalmente el TAG se caracteriza por la presencia de diversos síntomas que aparecen, además, especificados en los criterios diagnósticos:

- Inquietud o nerviosismo
- Sentirse fatigado fácilmente
- Dificultad para concentrarse
- Irritabilidad
- Problemas de sueño
- Tensión muscular (síntoma fisiológico más característico del TAG)

Por último, las personas con TAG suelen mostrar una serie de respuestas cognitivas y motoras con las que intentar prevenir los peligros y amenazas o disminuir la ansiedad y la incertidumbre asociados. Estas respuestas incluyen:

1. Control de pensamiento
2. Conductas de evitación
3. Conductas de búsqueda de seguridad o defensivas

2.4 EPIDEMIOLOGÍA

Diversos estudios epidemiológicos realizados con muestras adultas numerosas y siguiendo criterios del DSM-IV-TR sugieren los siguientes datos:

Estudio/Año	Ámbito geográfico	Prevalencia 12 meses	Prevalencia vital
WMH (2017)	Mundial	1,8%	3,7%
Lieb et al. (2005)	Europa	2%	—
ESEMeD (2004)	Europa (6 países)	1%	2,8%
ESEMeD-España (2006)	España	0,5%	1,89%
NCS-R (2005)	Estados Unidos	3,1%	5,7%

Por orden, la **prevalencia** del TAG es menor en Asia, y África, luego en Europa y finalmente en EE. UU y Australia. La prevalencia del TAG también es menor en niños/adolescentes que en población adulta.

Alrededor del 60-70% de las personas con TAG son **mujeres**. También es más frecuente en aquellos **mayores de 24 años y menores de 55**, en los **separados/viudos/divorciados**, en aquellos con **menores ingresos**, en los **desempleados** y en las **amas de casa**.

El nivel educativo, la religión y el entorno rural/urbano NO SON predictores.

La **edad más habitual de inicio** del trastorno se sitúa entre los 20 y 25 años. El curso del TAC suele ser crónico con fluctuaciones.

Los diversos estudios coinciden en indicar altas tasas de comorbilidad con al menos otro trastorno.

	ESEMeD España (Autonell et al., 2007)	ESEMeD Europa (ESEMeDMHEDEA 2000 Investigators, 2004b)	World Mental Health Survey Alternative (Ruscio et al., 2017)
Fobia Específica	3,91 (1,66-9,2)	6,7 (4,2-10,7)	5,6 (4,9-6,4)
Fobia Social	30,47 (8,8-105,33)	13,5 (7,7-23,5)	12,3 (10,7-14,0)
Trastorno de Pánico	49,04 (21,48-11,96)	20,3 (11,4-36,0)	15,8 (13,3-18,8)
Agorafobia	25,27 (8,86-72,09)	25,7 (12,9-51,0)	11,3 (9,3-13,7)
TEPT	20,79 (7,51-57,57)	15,1 (8,1-28,3)	10,8 (9,4-12,4)
T. Depresión Mayor	72,8 (40,4-131,2)*	33,7 (23,2-49,1)	16,3 (14,6-18,2)
Abuso alcohol	—**	2,5 (1,3-5,1)	2,9 (2,3-2,6)
Dependencia alcohol	—**	11,2 (3,8-32,9)	6,0 (4,5-8,1)

*Datos para Episodio Depresivo Mayor; ** No se proporcionan datos por contarse con un número muy reducido de casos.

Los diversos estudios coinciden en que los trastornos depresivos, en particular el trastorno de depresión mayor, son la condición con una asociación más fuerte con el TAG.

Alta **comorbilidad** con otros trastornos de ansiedad. Todos coinciden en que el menor grado de asociación se da con la fobia específica. La fuerza de la asociación con trastorno de pánico, fobia social, agorafobia y TEPT varía en los distintos estudios, siendo, en todo caso alta para todos ellos.

Frecuente la comorbilidad del TAG con problemas asociados al estrés como el síndrome del colon irritable, insomnio o dolores de cabeza.

El TAG genera un alto deterioro en el funcionamiento social y laboral de los pacientes, así como discapacidad y afectación de la calidad de vida. Este deterioro es equivalente al causado por el trastorno depresivo mayor.

Los datos procedentes específicamente de **servicios de atención primaria**, vía de entrada habitual de estos pacientes en el sistema de salud, indican que el TAG es el trastorno de ansiedad más frecuente en estos servicios y el segundo más frecuente de entre todos los trastornos mentales, solo superado por los trastornos depresivos. La prevalencia puntual promedio en TAG se estima en un 8% de todas las personas atendidas en atención primaria.

Es de reseñar que solo un 13,3% de los pacientes con TAG indicaban ansiedad como su motivo primario de consulta siendo más frecuentes la referencia a problemas somáticos (47,8%), dolor (34,7%), alteraciones del sueño (32,5%) o depresión (15,5%).

3. MODELOS EXPLICATIVOS

los modelos etiológicos han evolucionado considerablemente. De hecho, en los últimos años las teorías del TAG han avanzado hacia formulaciones más precisas. No obstante, están aún en buena medida en fase de experimentación.

Todos los modelos hacen referencia al papel de la evitación de experiencias internas, incorporando además otros elementos.

- **Los modelos cognitivos** identifican diversos elementos cognitivos como mecanismo patógeno primario del TAG.
- **Los modelos emocionales/ conductuales** ponen el foco principal en el papel de emociones y conductas en el desarrollo y mantenimiento de TAG.
- **Los modelos integradores**, otorgan una importancia paralela a ambos tipos de componentes.

Principales modelos explicativos del TAG:

MODELOS INTEGRADORES	MODELOS COGNITIVOS	MODELOS EMOCIONALES - CONDUCTUALES
Aprensión Ansiosa	Intolerancia a la incertidumbre	Déficit de Regulación emocional
Evitación Cognitiva	Meta-cognitivo	Basado en la aceptación

3.1 MODELO DE APRENSIÓN ANSIOSA

- ✚ La aprensión ansiosa: estructura cognitivo-afectiva difusa, cuyo elemento central es un elevado afecto negativo que no se asocia a ningún tipo de situación en particular.

Este tipo de ansiedad es de naturaleza anticipatoria y se asocia a:

- Elevadas expectativas de impredecibilidad e incontrolabilidad ante sucesos negativos o amenazantes.
- Elevada hipervigilancia para descubrir posibles amenazas (internas o externas). Focalización de la atención en las posibles fuentes de amenazas y la tendencia a interpretar los estímulos ambiguos como amenazantes
- Inhibición conductual ante lo desconocido.

Este modelo establece mecanismos explicativos para la ansiedad generalizada. y ha ido progresivamente incorporando elementos específicos para la explicación el TAG como:

- la evitación cognitiva basada en la preocupación
- La intolerancia a la incertidumbre
- La preocupación por las propias preocupaciones.

Así mismo incorpora una serie de factores de vulnerabilidad para El TAG, entre los que juega un papel central el **neuroticismo**.

Las personas con TAG responden ante eventos negativos o amenazas con una percepción de incontrolabilidad que lleva a la activación de los sesgos cognitivos y a la hipervigilancia, que a su vez llevan a la persona a intentar afrontar la ansiedad, lo que hace mediante la evitación conductual y/ o la preocupación.

Cuando las personas intentan distraerse de sus preocupaciones, se produce el efecto paradójico de hacer las imágenes amenazantes más accesibles. Esta dificultad para poner fin al proceso de preocupación va a provocar un deterioro del rendimiento, funcionamiento y la concentración, que constituyen unas nuevas fuentes de ansiedad y preocupación.

3.2 MODELO DE LA PREOCUPACIÓN COMO EVITACIÓN COGNITIVA

Este modelo se basa en la teoría bifactorial de Mowrer.

El modelo hace hincapié en la diferenciación entre las imágenes mentales y el carácter lingüístico/verbal de las preocupaciones.

Las imágenes se asocian a una alta activación emocional y somática que no aparece cuando el mismo contenido se activa de forma verbal.

Con la aparición de las preocupaciones se inhibe la aparición de esas imágenes y el consiguiente malestar y activación somática, con lo que la preocupación se ve reforzada negativamente al conseguir una disminución de la ansiedad.

Por otra parte, la inhibición de la experiencia emocional y somática que produce la preocupación impide el procesamiento emocional del miedo lo que lleva al mantenimiento de la ansiedad.

La preocupación sirve como mecanismo inmediato de evitación de la ansiedad y también como mecanismo a largo plazo. Así, las personas con TAG suelen mantener una serie de creencias positivas sobre la preocupación, lo que las lleva a utilizarlas como una estrategia de afrontamiento.

Por último, el modelo plantea que las personas con TAG al preocuparse pueden estar evitando temas más temidos, como traumas pasados de manera que la preocupación serviría como una distracción de estos contenidos que provocan una mayor ansiedad.

Los datos empíricos avalan diversos aspectos del modelo:

- La preponderancia del carácter lingüístico/verbal de las preocupaciones
- El efecto inhibitorio de la preocupación sobre el procesamiento emocional
- La asociación entre el TAG y la presencia de dificultades interpersonales

Newman et al. (2013) han propuesto una modificación al modelo de evitación emocional a la que han denominado **modelo de evitación del contraste emocional negativo**, el cual plantea que las personas con TAG mantienen la preocupación de forma crónica para estar preparados emocionalmente si sucede lo peor.

Esto sucede porque las personas con TAG se ven muy alteradas cuando se producen cambios bruscos desde un estado emocional neutral o positivo a uno negativo (experiencia de contraste emocional negativo), lo que las lleva a intentar evitar esos cambios.

3.3 MODELO DE INTOLERANCIA A LA INCERTIDUMBRE

Según este modelo las personas con TAG encuentran muy estresantes y perturbadoras las situaciones inciertas o ambiguas y responden a ellas preocupándose. Enfatizan, por tanto, el papel de la **intolerancia a la incertidumbre**, entendida como la tendencia a reaccionar negativamente ante situaciones inciertas o ambiguas. De este modo, ante una situación incierta la persona con TAG tenderá a interpretarla como amenazante.

Una vez aparece la preocupación va a llevar a una **orientación negativa del problema** y a la **evitación cognitiva**, contribuyendo ambas a su vez al mantenimiento de la preocupación.

La orientación negativa del problema se manifiesta por:

- Falta de confianza en la propia capacidad para resolver problemas
- Percepción de los problemas como amenazas
- Facilidad para caer en la frustración cuando se enfrentan a un problema
- Pesimismo acerca del resultado de los esfuerzos por resolver el problema

La evitación cognitiva se refiere al uso de estrategias cognitivas para evitar la activación y las imágenes amenazantes asociadas con la preocupación.

En suma, este modelo enfatiza la importancia de cuatro factores en la caracterización de las personas con TAG frente a poblaciones no clínicas o frente a otros trastornos:

1. La intolerancia a la incertidumbre -> elemento activador de la cadena de preocupación
2. Las creencias positivas acerca de la preocupación
3. La orientación negativa hacia los problemas
4. La evitación cognitiva

3.4 MODELO META-COGNITIVO

El modelo meta-cognitivo parte de la diferenciación de dos tipos de preocupaciones:

- **Tipo 1:** referidas a situaciones externas o a síntomas internos no cognitivos -> se activan por las meta-creencias positivas o creencias positivas sobre la necesidad y utilidad de preocuparse.
- **Tipo 2:** son preocupaciones sobre los procesos o sucesos cognitivos, en particular, sobre la propia preocupación -> se activan por las meta-creencias negativas acerca de la peligrosidad e incontrolabilidad de las preocupaciones. Se asocian con una serie de estrategias ineficaces que la persona pone en marcha para evitar preocuparse y que incluyen intentos de control de conductas.

Una vez se desencadena la preocupación ante cualquier **suceso** o amenaza (**preocupación 1**), esta se va a mantener por las **meta-creencias positivas sobre su utilidad**. Durante el curso de la preocupación, se activan las **meta-creencias negativas acerca de la propia preocupación** que a su vez van a desencadenar las **preocupaciones 2**. Son estos dos últimos elementos (i.e. las meta-creencias negativas y las preocupaciones tipo 2 resultantes) los que diferencian a las personas con TAG de las preocupaciones no clínicas.

DOLOR FÍSICO -> PREOCUPACION TIPO 1 -> META-CREENCIAS POSITIVAS SOBRE SU UTILIDAD -> META-CREENCIAS NEGATIVAS SOBRE LA PROPIA PREOCUPACIÓN -> PREOCUPACIONES TIPO 2

3.5 MODELO DE DÉFICIT DE REGULACIÓN EMOCIONAL.

Conceptualización del TAG partiendo de la teoría de la preocupación como **evitación cognitiva**, incorporando el proceso de **regulación emocional** como un elemento central en la explicación del TAG.

Este modelo incluye cuatro elementos clave que caracterizarían la respuesta de las personas con TAG ante cualquier amenaza percibirla:

1. **Una vivencia muy intensa de las emociones tanto positivas como, y especialmente, negativas.** Se asume que las personas con TAG tienen un umbral emocional más bajo y que las emociones aparecen en ellas con mayor rapidez y facilidad, y no solo con más intensidad.
2. **Una pobre comprensión de sus emociones** que conlleva déficits en la descripción y etiquetamiento de emociones, así como déficits en la comprensión de la información que implican las emociones y que puede resultar de gran utilidad.
3. **Reacciones cognitivas negativas hacia las emociones.**
4. Ante ello las personas con TAG ponen en marcha diversas estrategias para evitar y aliviar el malestar (**estrategias desadaptativas y escasamente eficaces de manejo y regulación de las emociones**).

De este modo, cuando las personas con TAG perciben una amenaza van a experimentar emociones intensas, que no comprenden, por las que se sienten abrumadas y molestas poniendo en marcha estrategias (entre ellas la preocupación) que resultan infructuosas para su manejo. Se crea así un bucle de retroalimentación entre estos cuatro elementos. Esta sucesión de acontecimientos se puede dar también en la dirección dando así lugar a un ciclo bidireccional.

3.6 MODELO BASADO EN LA ACEPTACIÓN

Modelo explicativo que integra las propuestas del modelo de la evitación experiencial con el modelo de evitación emocional para el TAG.

El modelo propuesto se basa en cuatro componentes:

1. **Experiencias internas.**
2. **Una relación problemática con esas experiencias internas**, caracterizada por una reacción negativa ante esas experiencias.
3. **La evitación experiencial**, definida como la evitación activa y/o automática de las experiencias internas que se perciben como amenazantes o negativas. Esta evitación incluye la preocupación característica del TAG.
4. La evitación de las experiencias internas **se generaliza a otras actividades** llevando a la restricción conductual, el componente final del modelo. Implica la reducción de la implicación en actividades y acciones significativas para la persona.

Las personas con TAG tienen reacciones negativas ante sus propias experiencias internas, lo que las lleva a intentar evitar esas experiencias. Con la evitación experiencial, a corto plazo, la persona reduce el malestar causado, pero, a largo plazo, esa evitación refuerza la restricción conductual, lo que a su vez incrementa el malestar que propicia la aparición nuevas experiencias internas negativas, perpetuando así el ciclo.

3.7 OTRAS APORTACIONES

Respecto a la **vulnerabilidad biológica** los datos parecen indicar que no hay una carga genética específica para el TAG y que, en todo caso, esta no es muy grande. Los estudios hablan de una heredabilidad del TAG del 30- 40%. No obstante, existen datos que muestran que los problemas de ansiedad son más frecuentes en personas con TAG que en familias sin este tipo de pacientes, lo que puede relacionarse con el aprendizaje vicario.

Otros **factores ambientales** que también se han relacionado con la etiología del TAG son:

- Las experiencias tempranas (en particular experiencias traumáticas)
- Los estilos de apego (en concreto un apego inseguro con los padres durante la infancia)
- Las conductas de crianza de los padres

Se ha constatado la presencia de determinados **sesgos en la atención y la interpretación** de la información en el TAG. Específicamente las personas con TAG tienden a atender principalmente a la información amenazante y a interpretar situaciones ambiguas de forma amenazante.

Hirsch y Matthews (2012) proponen un **modelo explicativo de la preocupación patológica** como interacción de tres procesos cognitivos:

- **Un sesgo automático cognitivo-emocional hacia la amenaza** -> lleva a la intrusión de pensamientos y facilita la aparición de episodios de preocupación
- **El uso de un estilo verbal de generalización durante la preocupación** -> impide la solución e incrementa la probabilidad de más episodios de preocupación
- **El deterioro del control atencional** -> impide terminar el episodio de preocupación y refocalizarse en el presente.

MODELOS INTEGRADORES		MODELOS COGNITIVOS		MODELOS EMOCIONALES-CONDUCTUALES	
<i>Aprensión Ansiosa</i>	<i>Evitación Cognitiva</i>	<i>Intolerancia a la Incertidumbre</i>	<i>Meta-cognitivo</i>	<i>Déficit de Regulación Emocional</i>	<i>Basado en la Aceptación</i>
• Aprensión ansiosa • Expectativas de impredecibilidad e incontrolabilidad • Hipervigilancia a las amenazas • Inhibición conductual	• Activación fisiológica • Evitación cognitiva de imágenes negativas • Creencias positivas sobre la preocupación	• Intolerancia a la incertidumbre • Creencias positivas sobre la preocupación • Orientación negativa a los problemas • Evitación cognitiva	• Creencias positivas sobre la preocupación • Creencias negativas sobre la preocupación • Afrontamiento ineficaz	• Emociones intensas • Pobre comprensión de las emociones • Reacción cognitiva negativa ante las emociones • Estrategias desadaptativas de manejo y regulación emocional	• Experiencias internas • Relación problemática con las experiencias internas • Evitación experiencial • Restricción conductual

4. EVALUACIÓN

El TAG se ha considerado tradicionalmente como uno de los trastornos con una evaluación y diagnóstico más difícil, por varios motivos:

1. Por la gran evolución y cambio que ha sufrido la definición y conceptualización del trastorno
2. Por la propuesta de modelos explicativos distintos que llevan al desarrollo de instrumentos derivados de cada uno de ellos
3. Por el solapamiento de los síntomas del TAG con los de otros diagnósticos
4. Por la dificultad de diferenciar la preocupación normal de la patológica
5. Por la dificultad para determinar la pertinencia del diagnóstico de TAG cuando hay presentes otros trastornos con los que comparte la presencia de preocupaciones
6. Porque el motivo de consulta inicial puede relacionarse más con los efectos de la ansiedad continuada que con las preocupaciones y la ansiedad en sí mismas.

A continuación, se revisa la aplicación de los diversos procedimientos de evaluación.

4.1 ENTREVISTA

La entrevista resulta fundamental para la comprensión del problema del paciente, la conceptualización del caso y para establecer una relación terapéutica que va a ser esencial en el desarrollo del tratamiento.

En un primer momento la entrevista ha de centrarse en delimitar el problema, para lo que se indagará sobre cuestiones como:

- Motivo de consulta.
- Definición y análisis del problema.
- Historia, evolución y fluctuaciones del problema.
- Tratamientos del problema, incluyendo todo tipo de tratamiento y tanto los previos como los actuales y los resultados logrados.
- Motivación, expectativas y objetivos del paciente al acudir a consulta.
- Recursos y limitaciones del paciente.
- Otros trastornos o problemas, incluyendo la indagación sobre la condición física.

Para establecer el diagnóstico de TAG e identificar condiciones comórbidas se puede recurrir a entrevistas diagnósticas semiestructuradas tales como la Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-5 o más específicamente la Entrevista para los Trastornos de Ansiedad según el DSM-5. Esta última permite obtener:

- Diagnósticos fiables de todos los trastornos de ansiedad
- Diagnóstico de trastornos del estado de ánimo, por abuso de sustancias y somatomorfos.
- Se puede hacer la evaluación solo en el presente (diagnóstico actual), o también en el pasado (diagnóstico vital).
- Añade información funcional y del grado de malestar e interferencia asociado a cada trastorno.
- El tiempo de administración de la entrevista oscila entre una y dos horas.

Una vez establecida la presencia del TAG se introducen preguntas adicionales para identificar las características particulares del problema:

- Preocupaciones específicas y características de estas.
- Disparadores de las preocupaciones.
- Razón por la que la persona cree que se preocupa.
- Acciones que la persona lleva a cabo para controlar las preocupaciones.
- Utilidad de las preocupaciones.
- Consecuencias de las preocupaciones.
- Síntomas de ansiedad.
- Otros síntomas asociados.

Con este objetivo es pertinente la aplicación de la Escala de Gravedad del Trastorno de Ansiedad Generalizada: una entrevista breve dirigida a evaluar la gravedad del TAG se centra en la identificación de las áreas de preocupación, su frecuencia y efectos. Su aplicación sería pertinente una vez se ha determinado la posible presencia de TAG con objeto de delimitar las preocupaciones del paciente. En esta escala es el entrevistador el que valora la gravedad.

Para la evaluación específica de las creencias del paciente acerca de sus propias preocupaciones existe una entrevista estructurada, Structured Interview on Beliefs about Worry que permite conocer las creencias positivas de la persona sobre la preocupación.

Por último, cuando sea posible, y previa autorización del paciente, conviene complementar con la entrevista a personas significativas.

4.2 CUESTIONARIOS E INVENTARIOS

Con el objetivo de seguir delimitando el problema y de contar con medidas que nos permitan ir monitorizando su evolución a lo largo del tratamiento, se utilizan medidas de autoinforme estandarizadas.

En el TAG suelen centrarse en la evaluación de los siguientes aspectos:

1. Presencia y gravedad del TAG.
2. Preocupaciones.
3. Factores de mantenimiento del TAG.
4. Ansiedad en general.
5. Síntomas y trastornos comórbidos
6. Calidad de vida y nivel funcional.

Los cuestionarios para la determinación de la presencia y gravedad del TAC permiten evaluar la posible presencia del trastorno, aunque la confirmación del diagnóstico requerirá la aplicación de entrevistas diagnósticas.

Se ha desarrollado un buen número de instrumento, si bien buena parte de ellos se han validado únicamente en muestras no clínicas o subclínicas.

De entre ellos los de más amplia difusión son aquellos centrados en las preocupaciones, y más específicamente:

- **Cuestionario de Preocupaciones del Estado de Pensilvania:** Evalúa la tendencia de una persona a la preocupación y su intensidad y grado de generalización. Consta de 16 ítems, cinco de ellos en formato inverso. Existen versiones españolas de una versión de 11 ítems, en la que se han eliminado los ítems inversos y de la versión de 16 ítem. Así mismo existe una versión breve de 8 ítems que también ha sido adaptada al español. Es la prueba más habitualmente utilizada en la investigación de la eficacia de los tratamientos psicológicos para el TAG.
- **Cuestionario de Dominios de la Preocupación:** Consta de 25 ítems y permite identificar los diferentes contenidos de las preocupaciones, incluyendo cinco áreas: relaciones interpersonales, falta de confianza en sí mismo, futuro sin objeto, incompetencia en el trabajo y cuestiones económicas. Proporciona puntuaciones de intensidad total y por áreas de preocupación. Existe una versión breve de 10 ítems, dos por cada una de las cinco áreas de la versión inicial, que cuenta con una versión en español.

La conceptualización tradicional del TAG como trastorno de ansiedad excesiva conllevaba una evaluación centrada en la valoración de este constructo para lo que se recurría **a instrumentos generales de ansiedad**. Los más utilizados con frecuencia en la evaluación del TAG son:

- Inventario de Ansiedad de Beck.
- Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo.
- Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés.
- Escala de valoración de la Ansiedad de Hamilton: instrumento cumplimentado por el clínico y que se ha utilizado con frecuencia como medida de resultados sobre el tratamiento farmacológico.

En cuanto a la presencia de sintomatología o trastornos comórbidos, resulta particularmente relevante la **evaluación de la depresión**. Para ello puede utilizarse cualquiera de las medidas de depresión al uso:

- Inventario de Depresión de Beck
- La Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos
- La propia DASS-21.

Adicionalmente conviene introducir algún cuestionario para valorar el grado de interferencia que tiene el TAG en la vida del paciente.

- La Escala de Evaluación de la Actividad Global.
- La Escala de Inadaptación.

4.3 AUTO-REGISTROS

El diseño del auto-registro específico de cada caso va a depender del objetivo concreto, que irá variando a lo largo de todo el proceso, y de sus características específicas. Sugieren dos modelos que pueden servir de referencia:

1. Un registro diario en el que la persona apunta al final del día en escalas (0-8) su nivel medio y máximo de ansiedad, su nivel medio de depresión, su nivel medio de afecto positivo y el porcentaje del día que pasó preocupado (0-100%).
2. Un registro más inmediato en el que, cada vez que se siente preocupada o ansiosa (4 o más en la escala 0-8), la persona ha de registrar: factor precipitante, nivel de ansiedad y preocupación, pensamientos, métodos empleados para reducir la preocupación o la ansiedad.

En cuanto al procedimiento de aplicación de estos auto-registros, se puede recurrir al tradicional formato de lápiz y papel o su aplicación a través de dispositivos móviles y portátiles.

5. REVISIÓN DE LOS TRATAMIENTOS

Los dos focos básicos de la intervención del TAG son las preocupaciones y la sobreactivación (ansiedad y tensión).

El término terapia cognitivo-conductual (TCC) para el TAG se refiere a una combinación de varios enfoques y técnicas cognitivas y conductuales, que pueden utilizarse individualmente o en combinación.

- **Las técnicas cognitivas** (reestructuración cognitiva) se centran en la modificación del patrón de pensamiento catastrófico y las creencias sobre la utilidad de las preocupaciones.
- **Las técnicas conductuales** incluyen entrenamiento en relajación, la programación de un "tiempo de preocupación" específico, la planificación de actividades agradables y la exposición controlada a los pensamientos y situaciones que se están evitando.

Dentro de la etiqueta de TCC para el TAG se enmarcan diferentes programas que parten de las distintas conceptualizaciones del TAG y que varían en algunos de sus componentes.

Si bien en el tratamiento del TAG puede recurrirse a cualquier técnica de relajación y control de la respiración, una de las que ha gozado de más amplia difusión es la **relajación aplicada**: implica un procedimiento de relajación que supone el aprendizaje de diversas técnicas y que, una vez aprendidas, se aplican en una variedad de circunstancias. La técnica incluye elementos de exposición que la diferenciarían de otros procedimientos de relajación.

Por lo que respecta a la terapia cognitiva, su aplicación suele basarse en el modelo de Beck. Como la reestructuración cognitiva de otros trastornos, en su aplicación al TAG se centra en dos distorsiones fundamentales:

1. La sobrestimación de la probabilidad de resultados negativos
2. La sobrestimación del grado de catástrofe de esos resultados.

Los pacientes aprenden a identificar el papel de los pensamientos en el círculo de preocupación y a partir de ahí se les ayuda a cuestionar el grado de creencia.

La evidencia de la investigación sugiere que tanto la terapia cognitiva como la conductual por sí solas pueden ser útiles para el TAG (especialmente la reestructuración cognitiva o la relajación aplicada). Sin embargo, puede haber alguna ventaja al combinar los enfoques. En esa línea, se han desarrollado distintos protocolos o programas de tratamiento asociados a cada uno de los modelos, todos ellos dentro del marco de la TCC.

Las primeras propuestas de TCC para el TAG fueron planteadas dentro del grupo de Barlow y han ido evolucionando hasta **el programa "Domina tu ansiedad y preocupación"**. El programa se centra en las distorsiones cognitivas, la activación fisiológica y las conductas de evitación y da la posibilidad de incorporar otros elementos, que pueden ser pertinentes en las experiencias de ansiedad. El programa consta de cuatro módulos, con los siguientes componentes secuenciales:

1. **Información básica, instrucciones y reestructuración cognitiva.** Este módulo está diseñado para corregir la información incorrecta y las ideas erróneas sobre la naturaleza, los procesos y las consecuencias de la ansiedad y la preocupación.
2. **Ejercicios de control somático,** que incluyen entrenamiento en relajación muscular progresiva.
3. **Exposición en imaginación para evocar, de forma sistemática y controlada, las imágenes más relevantes para la persona.** Esta exposición se centra en las imágenes que subyacen a la preocupación y comienza con actividades simuladas para incorporar luego actividades de la vida diaria.
4. **Exposición en vivo a las situaciones evitadas o pospuestas, y prevención de las conductas de seguridad.** Dado que estas conductas están motivadas por la anticipación de un resultado negativo o por altos niveles de ansiedad, su práctica requiere trabajar previamente los módulos 1 y 2.

La TCC basada en el modelo de evitación emocional combina la terapia cognitiva de Beck con el entrenamiento en relajación. Se aplica a lo largo de 12 sesiones de 90 minutos y consta de los siguientes componentes:

1. **Monitorización de situaciones externas, cogniciones, emociones, reacciones físicas y conductas** que producen ansiedad y de las reacciones que la persona está dando a los mismos.
2. **Técnicas de relajación,** tales como relajación progresiva, respiración diafragmática y evocación de imágenes placenteras relajantes.
3. **Control de estímulos** gradual mediante el establecimiento de un tiempo y un lugar para la preocupación.
4. **Reestructuración cognitiva del contenido y de las creencias positivas sobre las preocupaciones** con el objetivo de incrementar la flexibilidad de pensamiento y de acceder a perspectivas múltiples y flexibles.
5. **Monitorización de los resultados de la preocupación** mediante diarios en los que se especifican las preocupaciones concretas, los resultados temidos y el resultado real de esas preocupaciones.
6. **Exposición graduada,** que implica la utilización de diversos para facilitar la adquisición y automatización de las respuestas de afrontamiento.
7. **Focalización de la atención en el momento presente**
8. **Vivir libre de expectativas.**

La TCC basada en el modelo de intolerancia a la incertidumbre se centra directamente en las preocupaciones patológicas y tiene como objetivo final el desarrollo de una mayor tolerancia y aceptación de la incertidumbre. Sus componentes específicos son:

1. **Monitorización de las preocupaciones.**
2. **Educación acerca de la intolerancia a la incertidumbre** e incremento en la tolerancia a la misma.
3. **Reevaluación de las creencias acerca de las preocupaciones.**
4. **Entrenamiento en solución de problemas** centrado en la mejora de la orientación al problema.
5. **Procesamiento de los miedos nucleares.** Para ello se trabaja con un miedo subyacente a las preocupaciones recurrentes del paciente, construyendo escenas que se graban y se utilizan para la exposición.

La terapia meta-cognitiva se centra en el cuestionamiento de las meta-preocupaciones. Para conseguirlo se alienta al paciente a abandonar los intentos de controlar los pensamientos y se introducen estrategias de afrontamiento. El tratamiento se aplica a lo largo de unas 12 sesiones de 45-60 minutos y consta de los siguientes componentes:

1. **Formulación individualizada del caso,** con indicaciones específicas de las situaciones que inducen la preocupación.
2. **Socialización,** entendida como el componente educativo del programa.
3. **Modificación de las creencias negativas** acerca de la incontrolabilidad de la preocupación, incluyendo la eliminación de las conductas de búsqueda de seguridad y de evitación.
4. **Modificación de las creencias acerca de la peligrosidad de la preocupación.**
5. **Modificación de las creencias positivas sobre la preocupación.**
6. **Introducción de estrategias alternativas** para abordar las preocupaciones.
7. **Prevención de recaídas.**

Para la modificación de las creencias (i.e. puntos 3-5 del programa) estos autores plantean la aplicación de la técnica de disonancia, en la que se enfatiza la disonancia entre las creencias positivas y negativas que mantiene el paciente sobre sus preocupaciones, y una combinación de técnicas verbales y experimentos conductuales.

Por lo que respecta al **tratamiento farmacológico**, los fármacos más utilizados en el tratamiento del TAG son:

- Los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS), sobre todo sertralina
- Los inhibidores de la recaptación de la serotonina y la noradrenalina (IRSN), en particular la duloxetina o la venlafaxina
- Las benzodiacepinas
- La pregabalina (antiepiléptico y analgésico)
- La buspirona (azapirona)
- La hidroxicina (fármaco con efectos sedantes, ansiolíticos y antieméticos).
- En casos de TAG refractario: antipsicóticos atípicos (quetiapina, olanzapina, risperidona).

Como resume Bados, los datos sobre la eficacia de estos fármacos indican que tienen un efecto a corto plazo de bajo a moderado en la reducción de la ansiedad en pacientes con TAG. Sin embargo, presenta algunos problemas que han de tomarse en consideración:

- No parecen tener un efecto significativo en las preocupaciones
- No hay estudios sistemáticos sobre sus efectos a largo plazo una vez acabado el tratamiento, aunque hay datos de altas tasas de recaída (60-80%) en el primer año tras un tratamiento breve.
- La mayoría de los fármacos utilizados tienen importantes efectos secundarios
- El porcentaje de abandonos es mayor que en el placebo o la TCC.

En línea con estos datos el NICE recomienda que, salvo que el paciente elija lo contrario, el tratamiento farmacológico se reserve a aquellas personas que no responden al tratamiento psicológico.

5.1 EVIDENCIA EMPIRICA

Para la determinación del efecto del tratamiento psicológico del TAG se suelen considerar medidas generales de ansiedad, medidas específicas de preocupación y, adicionalmente, una evaluación de los síntomas de depresión.

A continuación, se resumen los principales hallazgos sobre la eficacia de los tratamientos para el TAG tomando como referencia los datos de varios meta-análisis que analizan específicamente el efecto de los tratamientos para este trastorno.

Norton y Price analizaron **el cambio pre-post conseguido** en ensayos controlados aleatorizados por diversas TCC para los distintos trastornos de ansiedad, constatando en el caso del TAG una reducción de la ansiedad significativa, que se mantenía en el seguimiento, y con un tamaño del efecto grande ($d=1,80$); de hecho, el tamaño del efecto fue el más alto de todos los trastornos de ansiedad considerados, salvo el TEPT.

Cuando se establecen **comparaciones con el no tratamiento**, los datos indican que los tratamientos psicológicos, superiores a los grupos de control.

- Datos del postratamiento: $g=0,84$
- Basado en medidas de autoinforme: $g=0.78$
- Basado en la valoración del clínico: $g=1,09$
- Basado en instrumentos sobre preocupaciones: $g=0.95$
- Comparación grupo sin tratamiento y con tratamiento: $d=1.81$
- Análisis calidad de vida: $g=0,89$

Con objeto de establecer los efectos específicos de la TCC se han establecido **comparaciones con placebos psicológicos** con los que se controlen los factores inespecíficos. Según los datos de los estudios, en el postratamiento la TCC:

- para el TAC conseguía mejores efectos que el placebo en reducción de la ansiedad ($g=0,68$)
- para la depresión ($g=0,69$)
- para la preocupación ($g=1,01$).

La evidencia que compara la TCC con otros tratamientos psicológicos es escasa y heterogénea, lo que impide alcanzar conclusiones firmes.

Por lo que respecta a la comparación entre las distintas modalidades y variantes de TCC para el TAC, existen pocos estudios que establezcan una comparación directa, y en la mayoría de los casos, se centran en la comparación entre la relajación aplicada y la TCC, sin encontrar diferencias entre ellos.

Las tasas de abandono del TCC se sitúan entre el 9% y el 16,5% según diferentes estudios.

En suma, las distintas modalidades de TCC para el TAC se han mostrado eficaces en la reducción de la ansiedad, la depresión y, sobre todo, la preocupación, con datos que indican el mantenimiento de los efectos en el medio-largo plazo, si bien requiere mayor investigación.

Por lo que respecta a la comparación de la TCC con el tratamiento farmacológico nos encontramos con pocos estudios que comparen directamente ambos tratamientos. En los que sí que lo hacen los resultados parecen favorecer a la TCC, si bien sin diferencias significativas, con también algún dato de superioridad de la combinación de ambos tratamientos.

En cuanto a la significación clínica de los resultados de las TCC para el TAG se ha analizado el índice de cambio fiable y el porcentaje de pacientes mejorados. Centrándonos específicamente en la recuperación, y considerando conjuntamente los diversos tipos de TCC, los datos indican que se recuperan aproximadamente la mitad de los pacientes. Los porcentajes de pacientes recuperados con TCC fueron:

- 46% en el postratamiento
- 47% en el seguimiento 6 meses
- 57% en 12 meses.

Por otra parte, el porcentaje de pacientes que dejar de cumplir criterios para el TAG se sitúa en torno al 70%: 68% en postratamiento, 76% a los 6 meses y 72% al año.

Existe poca información sobre las variables relacionadas con los efectos de la TCC para el TAG, aunque diversos datos parecen indicar que la eficacia de la TCC para el TAG es menor en personas mayores.

Eficacia de la TCC para la reducción de la sintomatología y la recuperación de las personas con TAG, constituyéndose en la primera opción terapéutica para este trastorno. No obstante, no hay que perder de vista que con frecuencia el tratamiento no lleva a una resolución completa de los síntomas.

Entre los factores que percibían como más limitantes para la eficacia del tratamiento del TAC incluían la gravedad y cronicidad del trastorno, la presencia de condiciones comórbidas, los ambientes laborales o familiares estresantes, la motivación y resistencia del paciente al tratamiento, y diversos aspectos que surgían a lo largo de la aplicación de las técnicas.

6. PROGRAMA DE TRATAMIENTO PROPUESTO

El programa que se propone se basa en la TCC y en concreto en el protocolo desarrollado por el equipo de Michel Dugas en Canadá a partir de su propio modelo de intolerancia a la incertidumbre. Tomando como punto de referencia este programa se plantea aquí una intervención modular integradora con un enfoque por pasos e individualizado, se van introduciendo módulos en función de las necesidades específicas del caso.

6.1 DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROGRAMA

Como se ha comentado se trata de un programa integrador aplicado por módulos:

MÓDULOS FIJOS: al principio y final del tratamiento	MÓDULOS BÁSICOS: centrados en aspectos etiológicos según el modelo de intolerancia a la incertidumbre	MÓDULOS ADICIONALES: centrados en aspectos relevantes del trastorno
Educación y toma de conciencia	Intolerancia a la incertidumbre	Componente somático
Prevención de recaídas	Creencias de utilidad de la preocupación	Creencias negativas sobre la preocupación
	Dificultades de orientación de los problemas	Dificultades interpersonales
	Evitación emocional	Organización del tiempo
		Problemas de sueño

La selección de los módulos se hace en función del análisis del caso, manteniéndose como constantes únicamente el módulo inicial y el módulo final correspondiente a prevención de recaídas, si bien su contenido se ajustará al programa concreto utilizado con cada paciente.

En cuanto a **la aplicación de los módulos** hay que tener en cuenta que en algunos casos se puede trabajar en paralelo con varios módulos, mientras que otros han de seguir una secuenciación y otros, en concreto educación y prevención de recaídas, tienen una ubicación fija. Así mismo, y en función de las características del caso, se puede considerar la implicación de la familia en el tratamiento.

Como paso previo al comienzo del programa, es importante determinar si existe comorbilidad entre el TAG y otros problemas o trastornos y, en caso afirmativo, establecer si se trata o no del trastorno principal.

Por último, es importante conocer si el paciente está utilizando algún tipo de fármaco para su trastorno. En ese caso, sería conveniente plantear a lo largo del programa un abandono progresivo de la medicación, siempre pautada por un médico o psiquiatra.

6.2 MÓDULO DE EDUCACIÓN Y TOMA DE CONCIENCIA

El programa comienza con la introducción de psicoeducación con objeto de que el paciente comprenda qué le está pasando, que conozca el modelo explicativo del TAG y las preocupaciones y que asimile el modelo de tratamiento que planteamos.

En cuanto a los contenidos a abordar, destacan los siguientes:

1. **Descripción del modelo sobre la preocupación y el TAG.** En esta presentación se insiste en el papel que juega la percepción que tiene el paciente de la incertidumbre como fuente de ansiedad y preocupación. Es importante presentar el modelo de forma personalizada y comprensible. Dugas y Ladouceur proponen un "modelo clínico" para estos casos; se trata de un modelo explicativo al que se pueden ir añadiendo nuevos componentes a medida que se va avanzando en el programa.
2. Por lo que respecta al **contenido**, se aconseja incluir los siguientes aspectos:
 - Diferenciación entre preocupación normal y excesiva
 - Descripción detallada del TAG y presentación desde una perspectiva dimensional,
 - Explicación, al menos tentativa, sobre el origen y mantenimiento del problema.

3. **Establecimiento consensuado de los objetivos del tratamiento.** Es importante dejar claro que no se trata de eliminar la incertidumbre, sino de reconocer, aceptar y desarrollar estrategias de afrontamiento ante situaciones de incertidumbre.
4. **Presentación general del tratamiento** para luego introducir las técnicas específicas que se van a utilizar para alcanzar cada uno de los objetivos. Es importante indicar que:
 - Centrada en la relación entre cognición-emoción-conducta
 - Supone el aprendizaje y práctica de nuevas habilidades
 - Implica colaboración terapeuta-paciente
 - Busca promover la autoeficacia
 - Esta limitada en el tiempo
 - Carácter estructurado
 - Centrada en el presente
 - Da gran importancia a tareas y ejercicios entre sesiones.
5. **Generar expectativas realistas en cuanto al resultado y a los requisitos del tratamiento**, haciendo énfasis en la necesidad de que adopte un papel activo, tanto dentro como fuera de las sesiones.

Por lo que respecta a la **forma de presentación de la información**, resulta pertinente la utilización de material gráfico y escrito. Esto puede ser particularmente relevante cuando el paciente muestra problemas de concentración o altos niveles de ansiedad durante las sesiones. Es conveniente presentar la información de forma interactiva.

En pacientes que muestran dudas, reticencias o baja motivación puede ser necesario recurrir a técnicas o estrategias motivacionales, como la entrevista motivacional.

Se comienza el entrenamiento para darse cuenta o tomar conciencia de las preocupaciones. Se trata de aprender a identificar las preocupaciones y a diferenciarlas.

Puede ser útil introducir ya en estas primeras sesiones la diferenciación entre distintos tipos de preocupaciones:

1. Preocupaciones relativas a problemas presentes en la vida de la persona: problemas que existen y ante los que se puede poner en marcha alguna estrategia de solución de problemas.
2. Preocupaciones relativas a situaciones hipotéticas: problemas que no existen aún y que eventualmente pueden llegar a no ocurrir.
3. Preocupaciones relativas a situaciones presentes no modificable (ej.: enfermedad incurable de un ser querido).

El entrenamiento para darse cuenta de las preocupaciones se basa en la utilización de auto-registros que el paciente ha de cumplimentar durante 1-2 semanas y en los que se le solicita que 3 o 4 veces al día. En el registro se incluirán los siguientes apartados:

- Día y fecha
- Descripción de la preocupación
- Tipo de preocupación (problema actual/problema hipotético)
- Duración aproximada de la preocupación
- Nivel de ansiedad (0-10)

A medida que el paciente va cumplimentando los auto-registros, se utilizan para su revisión y discusión en consulta, focalizando la atención, entre otros, en los siguientes aspectos:

- El contenido concreto de las preocupaciones y su referencia al futuro.
- Los temas o áreas de preocupación recurrentes.
- La tipología de las preocupaciones
- La duración de las cadenas de preocupación
- Las preocupaciones que generan un mayor grado de ansiedad.

Una de las **principales dificultades** en esta fase es la no cumplimentación de los auto-registros.

6.3 MÓDULO DE INTOLERANCIA A LA INCERTIDUMBRE

Los objetivos de este módulo son:

1. Que el paciente comprenda el papel de la intolerancia a la incertidumbre (IAI), de sus creencias sobre la IAI y de sus reacciones hacia la misma.
2. Que reconozca las distintas manifestaciones y los efectos de la IAI en su vida
3. Que aprenda gradualmente a tolerar la incertidumbre.

La consecución del primer objetivo se logra mediante explicaciones Y analogías. Para ello se hace hincapié en que el objetivo, más que la reducción de la incertidumbre es incrementar el grado de tolerancia hacia ella.

Entre las analogías se proponen la analogía de la alergia al polen, esto es, la consideración de la IAI como una especie de "alergia psicológica" o la de las gafas de incertidumbre.

Para la consecución del segundo se empieza por preguntar al paciente qué hace en situaciones de incertidumbre. Se le puede ayudar con ejemplos de cosas que la gente suele o también con listados de manifestaciones de IAI, esto es, conductas de evitación o aproximación que tienen como objetivo la reducción de la incertidumbre y la búsqueda de seguridad.

Una vez identificadas las conductas de búsqueda de seguridad del paciente se discute su posible utilidad, de modo que queden patentes sus desventajas, a la vez que se discute las posibles ventajas.

Finalmente, para incrementar la tolerancia a la incertidumbre el paciente ha de exponerse gradualmente a la incertidumbre eliminando las manifestaciones de intolerancia. Esta exposición gradual se hace en forma de experimentos conductuales.

Para el diseño de los experimentos conductuales se pueden utilizar como referencia diversas listas para, a partir de ellas, diseñar experimentos individualizados que impliquen la eliminación de las conductas de búsqueda de seguridad, la exposición a la incertidumbre y la puesta a prueba de sus miedos y creencias sobre la IAI.

La realización de los experimentos se acompaña de auto-registros en los que la persona ha de anotar:

- lo que va a hacer
- lo que teme que ocurra
- lo que ocurrió realmente
- lo que hizo para afrontar un posible resultado negativo
- las conclusiones extraídas

Para asegurar el éxito de los experimentos conviene tener en cuenta una serie de consideraciones adicionales:

1. Empezar por cosas pequeñas y realistas e ir aumentando paulatinamente en dificultad.
2. Indicar al paciente que es esperable que se sienta ansioso o nervioso.
3. Comenzar a abordar la incertidumbre aun sin sentirse motivado del todo.
4. Ir dando paulatinamente un papel creciente al paciente en el diseño de los experimentos.

6.4 MÓDULO DE CREENCIAS SOBRE LA UTILIDAD DE LA PERCEPCIÓN

El planteamiento de este módulo incluye también las propuestas sobre las creencias de utilidad de la preocupación como conducta de evitación de pensamientos más perturbadores emocionales y las de la terapia meta-cognitiva.

Los objetivos de este módulo son:

1. **Identificar las creencias específicas** sobre la utilidad de las preocupaciones.
2. **Cuestionar esas creencias específicas.**

El primer paso del módulo es detectar la presencia de creencias sobre la utilidad de la preocupación, en general. Esto puede ser problemático, ya que el paciente puede ser reacio a reconocer que su preocupación tiene algo positivo.

Para la detección de las creencias se procede de lo general a lo específico.

Ejemplos de creencias de utilidad:

- Preocuparse ayuda a descubrir medios de evitar lo que se teme.
- Preocuparse es un medio eficaz de resolver problemas.
- Preocuparse motiva a llevar a cabo lo que hay que hacer.
- Preocuparse prepara para lo peor, protege de las emociones negativas.

A partir de ahí se avanza para identificar las creencias específicas asociadas a las diversas preocupaciones del paciente, que son las que se someterán a cuestionamiento.

Se procede entonces al cuestionamiento de esas creencias específicas para lo que se pueden utilizar diferentes procedimientos para el cambio cognitivo:

1. **Método socrático**, revisando y cuestionando la evidencia a favor y en contra de la creencia
2. **Representación abogado-fiscal**, en la que el paciente adopta sucesivamente los papeles de abogado defensor y fiscal con respecto a sus creencias específicas sobre la utilidad de la preocupación.
3. **Experimentos de discrepancia**. Implican pedir al paciente que escriba de forma detallada una preocupación. A continuación, se lleva a cabo la acción y escribe lo que realmente sucede, lo que se utiliza para analizar la discrepancia entre lo esperado y lo sucedido. Con esta técnica se ayuda al paciente a ver cómo la preocupación distorsiona la realidad.
4. **Experimentos de modulación de la preocupación**. Se basan en la idea de que, si la preocupación es útil, los aumentos y disminuciones en ella afectarían a los resultados. Implican solicitar al paciente que lleve a cabo actividades asociadas con la preocupación mientras deliberadamente incrementa o disminuye la preocupación. Este ejercicio suele poner de manifiesto que, en contra de las expectativas del paciente, la actuación no se ve modificada.

Este ejercicio suele poner de manifiesto que, en contra de las expectativas del paciente, la actuación no se ve modificada.

6.5 MÓDULO DE ORIENTACIÓN DE LOS PROBLEMAS

La preocupación impide que la persona se ocupe del problema, constituyendo, una forma de afrontamiento improductiva de estos.

El objetivo será romper ese bloqueo, haciendo que se produzca un acercamiento inicial del problema diferente que posibilite seguir avanzando en el proceso de resolución.

En este módulo se aplica el entrenamiento en solución de problemas adaptado que se presenta como una alternativa para la solución de problemas actuales. La pertinencia de la aplicación del módulo viene marcada por la presencia de preocupaciones centradas en situaciones reales y modificables, y se aplica de forma exclusiva a estas.

El objetivo del módulo es doble:

- Se pretende cambiar la orientación inicial negativa hacia los
- Mejorar las habilidades de resolución de problemas.

Se propone utilizar el entrenamiento en solución de problemas propuesto inicialmente por D'Zurilla y posteriormente revisado. El entrenamiento completo consta de cinco fases centradas secuencialmente en:

1. Orientación del problema.
2. Definición y formulación del problema.
3. Generación de alternativas.
4. Toma de decisiones.
5. Ejecución de la solución y verificación.

El entrenamiento centrado en la orientación negativa hacia los problemas tiene como objetivos específicos que la persona sea capaz de:

- Aceptar que los problemas son parte de la vida diaria
- Reconocer que se puede hacer frente de forma eficaz a los problemas
- Reconocer las situaciones problemáticas en cuanto ocurren
- Inhibir la tendencia a responder de forma impulsiva o sin hacer nada.

Para conseguirlo se utilizan distintas técnicas y estrategias, que incluyen:

1. Control de pensamientos y emociones negativas a la hora de enfrentarse a un problema
2. Inversión de roles.
3. Identificación de problemas: aplicación de listados o utilización de registros durante una semana.
4. Aprender a utilizar los sentimientos como señal o indicio de la aparición de un problema.

La orientación a los problemas tiene un carácter motivacional.

El entrenamiento puede continuar hasta completar el resto de las fases, si bien la aplicación de estas podría llegar obviarse en algunos pacientes que no muestren déficit en habilidades de resolución.

6.6 MÓDULO DE EVITACIÓN EMOCIONAL

Este módulo se centra en las preocupaciones hipotéticas sobre acontecimientos de baja probabilidad de aparición o que no son modificables.

El objetivo del módulo es el procesamiento emocional de los miedos nucleares que subyacen a la preocupación. Se utiliza la exposición en imaginación y con prevención de respuestas de evitación. se trabaja con un miedo subyacente.

La aplicación de la exposición suele entrañar una importante dificultad ya que puede dar lugar a respuestas de evitación de la exposición.

Por ello el primer paso en la aplicación de la técnica ha de ser proporcionar una justificación razonada de su uso, que puede implicar, entre otros elementos, los siguientes:

- Demostración del efecto de intentar evitar pensamientos para explicar que intentar no pensar en algo no funciona, sino que, más bien al contrario, produce efectos paradójicos.
- Presentación y discusión de los conceptos de evitación, neutralización y exposición utilizando para ello un ejemplo de fobia a los perros.
- Explicación de la aplicación de los conceptos anteriores a las preocupaciones, las conductas de búsqueda de seguridad y a la exposición en imaginación.
- Plantear la exposición con prevención de las respuestas de búsqueda de seguridad como un experimento conductual para verificar que las consecuencias temidas no dependen ni de preocuparse ni de esas conductas defensivas.

Dado que la exposición se va a centra en los miedos nucleares que subyacen a las preocupaciones del paciente, su punto de partida es la **identificación de esos miedos**. Para esta identificación se utiliza la **técnica de la flecha descendente** en la que, partiendo de la preocupación, se va interrogando al paciente. Hay que tener en cuenta que un mismo miedo nuclear puede estar en la base de varias preocupaciones, por lo que el número de miedos a abordar en la exposición va a ser limitado.

Para la aplicación de la exposición esos miedos nucleares han de plasmarse en imágenes que se detallan en escenas, en las que se debe incluir:

- La **situación** temida
- Las **reacciones** de la persona
- El **significado** que le da el paciente a la situación, incluyendo las consecuencias temidas.

Se pretende que la imagen produzca un elevado nivel de ansiedad, pero sin dejar en ningún momento de ser creíble.

Para **facilitar esa reacción emocional** se indica que la imagen se describa en primera persona, en tiempo presente y con información detallada de todas las sensaciones. Asimismo, es importante eliminar elementos de neutralización.

El terapeuta puede servir de guía e ir dando feedback.

Una vez se dispone de la escena se graba en audio (con la voz del paciente) para su posterior utilización en tareas de exposición para casa.

Comienza entonces la exposición propiamente dicha que va a implicar la escucha de la grabación en modo continuo, hasta que se produce una disminución significativa del nivel de ansiedad. Para monitorizar la evolución de la ansiedad se va preguntando al paciente regularmente sobre el nivel de ansiedad. La exposición suele durar entre 30-60 minutos. Conviene llevarla a cabo inicialmente en consulta, de modo que el terapeuta pueda proporcionar información sobre todo el proceso.

Una vez se consigue que la exposición a la imagen funcione en consulta, se asigna, como tarea para casa, la exposición diaria a la grabación siguiendo las mismas pautas que en consulta y acompañada de un auto-registro.

6.7 MÓDULO DE PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

Este módulo, que se aplica invariablemente en las sesiones finales del programa (1 o 2), tiene como objetivo el mantenimiento de los logros obtenidos por el tratamiento a lo largo del tiempo una vez finalizado.

Este módulo implica varios aspectos:

- Un buen punto de partida es la **comparación entre su estado al principio del programa y el estado actual**, con el objetivo de destacar los logros obtenidos en el curso de la terapia y de promover la motivación continuada.
- **La revisión de los conocimientos y habilidades aprendidas a lo largo del programa**, enfatizando la necesidad de continuar practicando y aplicando dichas habilidades. Se trata de automatizar esas habilidades y de incorporarlas al repertorio de la persona
- **El desarrollo de un "sistema de alarma temprano" ante contratiempos**, de modo que la persona sea capaz de identificar los primeros signos de incremento de la preocupación y la ansiedad y utilizarlos como señal para poner en marcha un plan de acción previamente establecido.

En este módulo es importante además volver a ajustar las expectativas del paciente, normalizando los posibles incrementos que puedan darse ocasionalmente en las preocupaciones y la ansiedad y animándole a seguir haciéndolos frente con las estrategias aprendidas.

6.8 MÓDULOS ADICIONALES

Se trata de módulos no incluidos en la TCC de Dugas, y no directamente derivados de su modelo, pero que hacen referencia a aspectos habituales en pacientes con TAC. No obstante, la pertinencia de aplicación de estos módulos, así como la selección de estos, dependerá del análisis y formulación de cada caso.

COMPONENTE SOMÁTICO

Cuando las manifestaciones somáticas de la ansiedad generalizada son prominentes, puede requerirse la aplicación de alguna técnica específica de control de la activación.

El **objetivo general del módulo** es mejorar la capacidad de detectar los signos iniciales de aumento de la tensión y reducir la intensidad de la activación y la tensión fisiológicas, lo que, indirectamente, llevará a una reducción de la intensidad y frecuencia de la preocupación.

La selección de la técnica específica dependerá del caso. Alternativas:

- Relajación muscular progresiva
- Tensión muscular
- Relajación aplicada
- Técnicas de control de respiración
- Imágenes agradables.

CREENCIAS NEGATIVAS SOBRE LA PREOCUPACIÓN

Creencias negativas sobre la incontrolabilidad y la peligrosidad las preocupaciones. Este tipo de creencias pueden estar presentes en algunos pacientes que mantienen una ambivalencia respecto a la preocupación, considerándola de cierta utilidad a la vez que la ven como algo incontrolable y peligroso que genera además un importante malestar.

Objetivos del módulo:

1. Desafiar las creencias de incontrolabilidad de la preocupación.
2. Cuestionar las creencias de peligrosidad de la preocupación.

Se abordará en primer lugar **la creencia de incontrolabilidad** de acuerdo con los siguientes pasos:

1. **Utilización de métodos verbales para explorar y debilitar esas creencias.** Se puede hacer una valoración del grado de control que el paciente cree que tiene sobre sus preocupaciones. Se empieza a mostrar al paciente que tiene cierto grado de control sobre las preocupaciones.
2. **Experimento de posponer la preocupación** como tarea para casa. Se le pide que cuando observe que empieza el ciclo de la preocupación pare. Se establece entonces un periodo de 15 minutos al final del día o en un momento concreto para centrarse en la preocupación. Es importante indicarle que no es preciso que utilice ese tiempo.
3. **Los resultados del experimento se discuten en sesión y se re-evalúa la creencia de incontrolabilidad**, a la vez que se discuten las contra-evidencias de esta creencia y se introduce el **experimento de pérdida de control**, para lo que se pide al paciente que piense en una preocupación reciente y que comience a centrarse en ella, preocupándose tanto como pueda y ver si puede perder el control.
4. **Aplicación del experimento de pérdida de control como tarea para casa, en combinación con el experimento de posponer la preocupación.**

Una vez la creencia de incontrolabilidad se ha reducido o eliminado, y en caso de que el paciente las tenga, el tratamiento se centra en la modificación de sus creencias de peligrosidad. En caso de que el paciente presente creencias de utilidad de la preocupación junto a creencias de peligrosidad, se comienza por revisar ambas acentuando la discrepancia.

A continuación, se pasa al **cuestionamiento de la creencia de peligrosidad** mediante la aplicación de:

1. **Técnicas de reestructuración verbal**, entre las que pueden utilizarse:
 - Cuestionamiento de la evidencia de la peligrosidad de la preocupación
 - Cuestionamiento del mecanismo por el que la preocupación entraña un-peligro junto con educación sobre la explicación dada por el paciente
 - Información y evidencias sobre la normalidad y habitualidad de la preocupación
 - Revisión de la contra evidencia
 - Información para romper la asociación preocupación-estrés, preocupación-enfermedad mental.
2. **Experimentos conductuales para poner a prueba las predicciones específicas del paciente** Pueden incluir, entre otras estrategias, la realización de mini encuestas, evaluación de las reacciones corporales asociadas a la preocupación, preocupación deliberada para comprobar si las consecuencias temidas ocurren.

DIFICULTADES INTERPERSONALES

Además de preocuparse se comportan de un modo que incrementa la probabilidad de experiencias interpersonales negativas.

Para abordar este aspecto los autores han desarrollado una serie de técnicas interpersonales dirigidas a modificar esas pautas problemáticas de relación, centrándose en:

1. Identificar de las necesidades y pautas interpersonales del paciente.
2. Generar conductas interpersonales más eficaces para satisfacer las propias necesidades.

Su aplicación incluye las siguientes estrategias:

- **Análisis de los problemas actuales en las relaciones interpersonales**, partiendo de las relaciones interpersonales en general para luego analizar con más profundidad la relación con alguna persona significativa de su entorno.
- **Análisis de situaciones** que pueden estar en la base de algunos problemas actuales.
- **Entrenamiento de modos alternativos de relación**, mediante representación de papeles con el terapeuta en consulta.
- **Abordaje de las posibles dificultades** interpersonales que eventualmente surjan en la relación con el terapeuta con el que tiende a repetir el patrón aplicado en otras relaciones.

ORGANIZACIÓN DEL TIEMPO

Con frecuencia las preocupaciones, y la consiguiente búsqueda de seguridad interfieren en la realización de las tareas del día a día de los pacientes, lo que los lleva a sentirse abrumados por sus obligaciones contribuyendo a un incremento e intensificación de la preocupación.

Cuando el abordaje directo de las preocupaciones en los módulos anteriores no consigue mejorías significativas en la gestión de estas tareas, y en general del tiempo, puede ser pertinente incorporar estrategias específicas de gestión y organización del tiempo.

Con este objetivo se trabaja enseñando al paciente a jerarquizar tareas en función de su importancia y urgencia:

- Tareas importantes y urgentes.
- Tareas importantes, pero no urgentes.
- Tareas no importantes, pero sí urgentes.
- Tareas ni importantes ni urgentes.

Con esta diferenciación en mente se insta al paciente a que establezca una planificación de actividades en función de sus objetivos y prioridades. Esta, habrá de regirse por una serie principios generales, entre las que destacan:

- Aprender a decir NO a demandas inesperadas o desmesuradas por parte de otras personas.
- Ajustarse a los planes previstos, ignorando las restantes actividades u objetivos hasta que no se hayan conseguido aquellos de mayor prioridad.
- Delegar en los demás algunas tareas, especialmente aquellas no prioritarias.
- Evitar el perfeccionismo.

A la hora de la planificación es conveniente incluir, además, un tiempo para imprevistos e interrupciones.

La planificación se ha de acompañar de un auto-registro en el que el paciente anota su cumplimiento, de modo que pueda revisarse y reajustarse en sesiones posteriores.

El objetivo último no es completar las actividades del horario o la planificación, sino hacer un mejor uso del tiempo, por lo que el éxito del programa vendrá determinado por el grado de consecución de los objetivos prioritarios de la persona.

PROBLEMAS DE SUEÑO

Puede ser uno de los primeros problemas a abordar ya que suele ser una de las quejas principales de los pacientes e influye en las preocupaciones y la ansiedad. Su abordaje se basa en tratamientos habituales para problemas de sueño pudiendo aplicar, en su caso, en coordinación con las técnicas de control de activación.

IMPLICACIÓN DE LA FAMILIA

Para terminar, nos referimos aquí no a un módulo sino a un aspecto transversal a lo largo del programa. La implicación de la familia permite una evaluación más completa a la vez que sirve de apoyo y ayuda en la aplicación del tratamiento. Además, permite generar una actitud más positiva en la familia.

7. PERSPECTIVAS DE TRATAMIENTO

7.1 DESARROLLOS RECIENTES Y FUTUROS

En primer lugar, y como paso fundamental para posibilitar el acceso de los pacientes con TAG a la atención psicológica, se hace preciso conseguir una mejora en su identificación dentro de los servicios de salud, en particular en atención primaria. Una vía esencial de desarrollo futuro ha de ser la educación a los profesionales sanitarios para el reconocimiento del trastorno y la puesta en marcha de programas que permitan el tratamiento psicológico de estos pacientes.

Resulta esencial seguir avanzando en el incremento de la eficiencia del tratamiento y en la mejora de la accesibilidad a un tratamiento que se ha mostrado eficaz. Para ello se han ido introduciendo diferentes modalidades de las TCC ya consolidadas que básicamente implican aplicaciones en remoto o con contacto terapéutico reducido. Además, no hay diferencias cuando se utilizan programas de bajo o alto contacto con el terapeuta, obteniéndose en ambos casos tamaños del efecto grandes.

En cualquier caso, el establecimiento de la eficacia de este tipo de intervenciones cobra especial sentido en el marco de una intervención por pasos. Podría ser pertinente un acercamiento por pasos al tratamiento, de modo que los programas de baja intensidad (y con menor coste) se ofrezcan como primer paso antes de progresar a un programa de alta intensidad y, eventualmente, a un programa en formato tradicional, que quedaría reservado para los pacientes con marcadas alteraciones funcionales o que no han mejorado con las opciones anteriores.

PASO 1: <i>Para cualquier manifestación conocida o posible de TAG</i>	• Identificación del problema • Evaluación • Psicoeducación y vigilancia activa (vigilancia de los síntomas y funcionamiento de la persona)
PASO 2: <i>TAG diagnosticado que no ha mejorado con el paso 1</i>	• Intervenciones psicológicas de baja intensidad (individualmente o combinadas) – Autoayuda no guiada (materiales escritos o electrónicos, basados en CBT, con instrucciones para que trabaje durante 6 semanas, mínimo contacto con el terapeuta) – Autoayuda guiada (materiales escritos o electrónicos, apoyado por un terapeuta, 7 sesiones semanales o quincenales de 20-30 minutos cara a cara o por teléfono) – Grupos psicoeducativos (basados en CBT, 1 sesión semanal durante 6 semanas)
PASO 3: <i>TAG con marcadas alteraciones funcionales o que no ha mejorado con el paso 2</i>	• Intervención psicológica de alta intensidad – Terapia cognitivo-conductual (12-15 sesiones, semanales de 1 h.) – Relajación aplicada (12-15 sesiones, semanales de 1 h.) • Tratamiento farmacológico – Inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (SSRI) – Si no es efectivo: Inhibidor de la recaptación de la serotonina-noradrenalina (SNRI) – Si no es efectivo SSRI ni SNRI: pregabalina – No ofrecer benzodiazepinas a no ser como medida a corto plazo durante las crisis – No ofrecer antipsicóticos en atención primaria
PASO 4: <i>TAG con alteraciones funcionales muy marcadas (riesgo de suicidio, descuido de sí mismo o comorbilidad significativa) o que no ha mejorado con el paso 3</i>	• Tratamiento altamente especializado (individualmente o combinado) – Tratamiento farmacológico complejo – Tratamiento psicológico en centros especializados, servicios de crisis, hospitales de día o de régimen interno

Tomando como punto de partida el modelo de déficit de regulación emocional, **la terapia de regulación de emociones** asume que la mejora en la regulación emocional conlleva mejoras en la sintomatología del TAC. Combina elementos de la TCC con técnicas dirigidas a los problemas de regulación emocional y a la evitación emocional. Se desarrolla en cuatro fases:

1. Psicoeducación sobre el TAG, las emociones y las preocupaciones.
2. Monitorización e identificación de las respuestas defensivas ante las emociones, en particular las conductas defensivas y la búsqueda de tranquilización, y entrenamiento en habilidades emocionales para sustituirlas.
3. Aplicación de las habilidades aprendidas en ejercicios experienciales para explorar y revelar los temores nucleares. Incluyen técnicas como la exposición en imaginación, la flecha descendente o el diálogo socrático.
4. Revisión del progreso y prevención de recaídas

Partiendo del modelo de aceptación se plantea una **terapia de conducta basada en la aceptación**, que integra la atención plena y la aceptación de las propias experiencias con el aprendizaje y práctica de nuevas habilidades. Se plantea como objetivo primario la respuesta de la persona ante las preocupaciones, más que una reducción de estas.

Su aplicación implica tres fases fundamentales:

1. **Psicoeducación sobre el modelo basado en la aceptación para las preocupaciones**, la utilización de la preocupación como un medio para evitar experiencias internas más perturbadoras.
2. **Ejercicios de conciencia plena y aceptación**, centrados en promover una conciencia activa, compasiva, y sin juicios de las propias sensaciones. Para ello se utilizan técnicas como: el auto-registro; la relajación; y la etiquetación de las experiencias internas.
3. **Cambio conductual y acciones valiosas, para lo que se identifican los valores de la persona y se evalúa la consistencia con esos valores.** A partir de ahí se trabaja en la identificación de acciones significativa, esto es, que permitan a la persona actuar en congruencia con sus valores.

La terapia integradora parte de la idea de que las personas con TAG, en su afán de evitar emociones dolorosas, además de preocuparse se comportan de un modo que incrementa la probabilidad de experiencias interpersonales negativas. Teniendo esto en consideración, plantean una terapia que una la TCC tradicional con técnicas interpersonales y técnicas experienciales.

7.2 LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Entre las cuestiones a resolver cabe señalar:

1. La necesidad de más estudios con seguimientos amplios que permitan establecer con mayor confianza el efecto de los tratamientos en el medio y largo plazo.
2. La necesidad de establecer la respuesta diferencial a los distintos tratamientos y de conocer qué tratamientos funcionan mejor para qué pacientes. Teniendo en cuenta el solapamiento de técnicas entre las distintas TCCs, sería de interés establecer los componentes específicos que funcionan y qué componentes funcionan mejor en función de las características de los pacientes
3. Ver qué variables se relacionan con los fallos de los TCC, incluyendo tanto no recuperación como el abandono prematuro del tratamiento.
4. La necesidad de establecer los componentes dentro de las TCC que serían necesarios (y tal vez suficientes). Cabe plantearse la posibilidad de desarrollar tratamientos más simples y menos demandantes para el paciente y el terapeuta
5. En relación con el tratamiento farmacológico, se hace patente la necesidad de avanzar en el conocimiento de los efectos de los distintos tipos de antidepresivos.

1. INTRODUCCIÓN

La interacción social es una característica básica de los seres humanos y cuando logramos relacionarnos de forma adecuada y eficaz podemos satisfacer tanto nuestras necesidades afectivas y emocionales como aquellas vinculadas con la posibilidad de alcanzar nuestras metas educativas y profesionales. La interacción social a veces resulta poco reforzante y placentera para determinadas personas. Algunas situaciones sociales llegan a ser muy aversivas y amenazantes.

Estos niveles de malestar y/o evitación constituyen un asunto de atención clínica, haciendo sufrir al individuo y a personas de su entorno e interfiriendo con el correcto funcionamiento en su vida diaria. Generalmente nos referimos a este conjunto de síntomas como “fobia social” o “trastorno de ansiedad social” (TAS).

A la hora de considerar el impacto sobre la vida de quien la padece, habrá que tener en cuenta la cantidad y variedad de situaciones sociales a las que se teme. Podemos hablar de “fobia social específica o circunscrita”, cuando se temen 1 o 2 tipos de situaciones o bien de “fobia social generalizada”, cuando se teme a una amplia variedad de situaciones. A partir del DSM-5 estas denominaciones son menos utilizadas. Los segundos son los casos más graves.

2. DEFINICIÓN, CLASIFICACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

2.1 DEFINICIÓN

El TAS fue incluido por 1ª vez en el DSM-III, como un trastorno cuyo centro consistía en un temor fóbico a una situación social concreta o de actuación. En su revisión se incluyeron una amplia variedad de situaciones sociales. El TAS se define actualmente como:

1. Temor o ansiedad intensos en una o más situaciones sociales, en las que el individuo está expuesto al posible escrutinio por parte de otras personas.
2. El individuo teme actuar de cierta manera o mostrar síntomas de ansiedad por los que pueda ser evaluado negativamente.

La valoración de temor/ansiedad como “desproporcionado” se plasma en que, las preocupaciones del individuo por lo que pueda suceder o las consecuencias que anticipa, no se refieren a un peligro real y no son propias de su contexto sociocultural y, a pesar de esto, la sensación intensa de ansiedad no puede ser razonada.

El individuo con TAS suele evitar las situaciones que teme y si no puede evitarlas, intenta escapar o las soporta con elevado malestar. En los casos en que hay escape o evitación, el nivel de funcionamiento se afecta negativamente, ya que se ven entorpecidas diferentes actividades.

Si analizamos la naturaleza del temor que sienten las personas con TAS, podríamos considerar hasta qué punto la característica esencial es la falta de seguridad. Este aspecto se hace más evidente en las situaciones de actuación, puesto que cuando estas personas realizan determinadas actividades sin la presencia o la observación de alguien, no parecen presentar dificultades.

2.2 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Tomando como base que los componentes más importantes del miedo son:

- La conducta de evitación
- La reactividad fisiológica
- Los informes verbales/cognitivos de temor subjetivo relacionados con la interpretación de amenaza de la situación

Estos 3 niveles de respuesta también se dan en el TAS, teniendo presente que los componentes pueden covariar de un individuo a otro y variar con el tiempo y según el contexto.

Los individuos con TAS se caracterizan, **a nivel conductual**, por su inhibición o sus déficits conductuales en situaciones de interacción social o de actuación frente a los demás, así como sus comportamientos de escape y evitación. En los niños se han identificado, además, el llanto, el quedarse paralizado o aferrarse y permanecer muy cerca de figuras de apego.

A nivel fisiológico/emocional se pueden observar manifestaciones típicas de la ansiedad, como aumento de la tasa cardiaca, cambios en la respiración, tensión muscular, molestias estomacales... pero también algunas más específicas para este tipo de fobia, como rubor fácil, sudoración y temblor en las extremidades y, en los niños, es común encontrar que “siente que se les hace un nudo en la garganta”.

Quienes llegan a experimentar un ataque de pánico, posiblemente añadan, entre sus síntomas, la dificultad para respirar, la sensación de ahogo o dolor u opresión en el pecho. A veces, estos síntomas secundarios suelen ser considerados por la persona como la causa del trastorno primario.

Por último, **a nivel cognitivo**, se encuentran algunos elementos característicos:

1. Conciencia excesiva de uno mismo.
2. Evaluación de las situaciones sociales como amenazantes y catastróficas, con lo cual la anticipación y la sobrestimación de los resultados y de las consecuencias de las situaciones también son negativas.
3. Atención a la información relacionada con el fracaso social.
4. En algunos casos, guiarse más por sus creencias preconcebidas que por la retroalimentación sobre su actuación real en una situación concreta.

Los individuos con TAS experimentan ansiedad al estar en la situación social e incluso con sólo pensar que tendrán/tendrían que enfrentarla. El contenido de sus cogniciones está asociado con la valoración negativa de sí mismo y de la situación.

2.3 SITUACIONES SOCIALES TEMIDAS

El abanico de situaciones sociales que producirían ansiedad en los sujetos con fobia social puede llegar a ser muy variado. No obstante, parece existir un cierto consenso respecto a que hay básicamente 2 tipos:

1. **Situaciones interactivas.** Iniciar y/o mantener conversaciones, quedar con alguien, asistir a una fiesta, telefonar, realizar una entrevista, hablar con desconocidos, devolver un artículo, etc.
2. **Situaciones no interactivas.** En este grupo se encontrarían el hablar en público, dar un informe en una reunión, actuar en público, bailar, cantar frente a otros, comer o beber en público, escribir mientras le observan, etc.

Diversos autores clasificaron las situaciones sociales dentro de 4 “categorías primarias”, tomando como base la **"Escala de ansiedad social de Liebowitz"**:

1. Hablar e interactuar en contextos formales
2. Hablar e interactuar en contextos informales
3. Interactuar requiriendo el uso de comportamientos asertivos
4. Cuando son observados mientras realizan algún comportamiento, como trabajar, escribir o comer.

Pueden encontrarse otras clasificaciones de los temores sociales, dependiendo del ámbito: anglosajón, hispanohablante, etc.

En el DSM-5 se incluyen 3 tipos de situaciones sociales:

1. De interacción
2. De observación
3. De actuación.

Se ha desarrollado una propuesta realizada por Caballo y cols. respecto a una nueva forma de clasificación de las dimensiones de la ansiedad social con base en estudios empíricos en distintas poblaciones y utilizando una medida de Autoinforme -> **"Cuestionario de ansiedad social para adultos" (CASO)**. Las dimensiones son:

1. Interacción con el sexo opuesto
2. Quedar en evidencia o en ridículo
3. Interacción con desconocidos
4. Hablar en público/ Interacción con superiores
5. Expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado.

2.4 CLASIFICACIÓN DIAGNÓSTICA

El trastorno de ansiedad social está considerado dentro de la sección de los "Trastornos de ansiedad", según el DSM-5 y, entre los "Trastornos de ansiedad fóbica" que a su vez forman parte la categoría de "Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos", en la CIE-10. En este último sistema de clasificación, su denominación es la de "Fobias sociales".

DSM-5	CIE-10
Temor o ansiedad intensos en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible escrutinio por parte de otras personas Nota: en los niños, la ansiedad debería ocurrir frente a los iguales y no sólo en interacción con adultos.	Presencia de (1) o (2) (1) Miedo acusado a ser el centro de atención o temor a comportarse de un modo que resulte embarazoso o humillante. (2) Evitación notable de ser el centro de atención o de situaciones en las que teme comportarse de una forma que resulte embarazosa o humillante.
El individuo teme actuar de cierta manera o mostrar síntomas de ansiedad por los que pueda ser evaluado negativamente.	Al menos 2 síntomas de ansiedad ante la situación temida, los cuales tienen que presentarse conjuntamente al menos en una ocasión desde que se inició el trastorno. Y además tener uno de los siguientes: 1) Ruborizarse. 2) Temor a vomitar. 3) Necesidad imperiosa de, o temor a orinar o defecar
Las situaciones sociales se evitan o se enfrentan con un temor intenso o ansiedad.	Malestar emocionalmente importante ocasionado por los síntomas o la conducta de evitación
El temor o ansiedad son desproporcionados respecto a la amenaza real de la situación social y el contexto.	El paciente reconoce que esos síntomas o esa evitación son excesivos o irracionales.
El temor, la ansiedad o la evitación son persistentes y la duración típica es de 6 meses o más.	Los síntomas se limitan a, o predominan en, las situaciones temidas o cuando piensa en ellas
El temor, la ansiedad o evitación ocasionan un malestar clínicamente importante o un deterioro social, laboral o en otras áreas importantes de funcionamiento.	Criterios de "exclusión" más frecuentes: Los criterios A y B no se deben a ideas delirantes, alucinaciones u otros síntomas de trastornos mentales orgánicos, etc.
El temor, la ansiedad o evitación no pueden atribuirse a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o enfermedad.	
El temor, la ansiedad o la evitación no se explican mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el trastorno de pánico, dismórfico o del espectro autista.	
Si hay otra enfermedad médica (Parkinson, etc.), el temor, la ansiedad o la evitación no están relacionados.	

Especificar si: Sólo actuación (hablar o actuar en público)

El DSM-5 ha realizado algunos cambios sutiles:

- Modificación en el orden en el que aparece el nombre
- La definición se ha subdividido en los criterios A y B
- Se han señalado en el criterio A, 3 situaciones:
 - Interacción social
 - Ser observado
 - Actuar frente a otros.
- Se ha relativizado el peso de la conducta de evitación (tolerar con malestar).
- Criterios unificados para adultos y para niños.
- Se ha añadido un “especificador” (sólo actuación).

En cuanto a los cambios: se especifican 3 situaciones: 1 de ellas, “ser observado”, está implícito en cierta manera en la mayoría de las situaciones del TAS, y además no coinciden con los análisis factoriales de numerosos estudios. Y en cuanto al “especificador”, parece no añadir nada al diagnóstico del TAS. Ha desaparecido además el anterior, “tipo generalizado” que indicaba la gravedad y generalización del trastorno. Dificulta el diagnóstico diferencial con el TPE (TP por evitación), que sería considerado de “mayor gravedad”.

2.5 EPIDEMIOLOGÍA

La APA, informa que, en población general y en estudios epidemiológicos, la prevalencia-vida, está entre el 3% y el 13%. Estos datos parecen ser confirmados por las últimas encuestas de salud mental a nivel mundial.

El TAS está entre los trastornos mentales más comunes a lo largo de la vida y casi siempre después de los trastornos depresivos, la fobia específica y el abuso del consumo de alcohol. En España ocupa el 8º lugar.

Curso del Trastorno: puede durar toda la vida, si no es tratado.

Prevalencia:

- Población “clínica” está distribuido por igual en hombres y mujeres
- Población “general” hay pequeñas diferencias -> mujeres + afectadas.

3. MODELOS EXPLICATIVOS

A pesar de los avances producidos en el campo del TAS, todavía no se conocen claramente los factores etiológicos de este trastorno o las interrelaciones entre las variables individuales y del ambiente que llegan a producirla.

3.1 VARIABLES BIOLÓGICAS

1. **La heredabilidad del miedo.** Datos hallados a partir de estudios con gemelos. Está entre un 28%, hasta un 51%, lo que significa una moderada influencia de la genética en el desarrollo de la fobia social.
2. **Vulnerabilidad del SNA.** Parece que existe una mayor labilidad del SNA entre quienes tienen un mayor nivel de gravedad en el espectro de la ansiedad social. La elevada activación autónoma de estas personas se manifiesta mediante síntomas como taquicardia, sudor y temblor cuando sienten que están bajo evaluación. La hipótesis que se plantea es que esto se debe a una producción exagerada de catecolaminas en condiciones estresantes o al aumento de la sensibilidad ante la elevación normal de las catecolaminas.
3. **El temperamento.** Concretamente la inhibición conductual en la infancia está estrechamente asociada con la fobia social en la adolescencia. Es un patrón conductual y emocional constante frente a situaciones, lugares, personas y objetos desconocidos o novedosos, caracterizado por la lejanía, la precaución, el realizar pocos intentos de aproximación, el aislamiento, la quietud, las muestras de timidez y el permanecer callado.

4. **La sensibilidad a la ansiedad.** Con frecuencia se realiza una interpretación inadecuada de las sensaciones corporales, ya que se tiene la creencia de que las sensaciones de la ansiedad son indicativas de un daño fisiológico, psicológico o social.

3.2 VARIABLES DE AMBIENTE/CONTEXTO

Entre los factores ambientales que contribuyen a la aparición y mantenimiento de la fobia social se pueden mencionar:

- Largos periodos de separación de los padres durante la infancia o inicio de la adolescencia
- Pérdida de alguna relación cercana con un adulto sobre todo en caso de los varones
- La historia de psicopatología de los padres particularmente de ansiedad social
- Haber sufrido algún tipo de intimidación o abuso en la infancia.

3.3 EL APRENDIZAJE DE LOS MIEDOS SOCIALES

No es frecuente que un sujeto con fobia social describa un único suceso traumático como inicio de la fobia. El miedo va aumentando gradualmente como resultado de repetidas experiencias productoras de temor o por medio del aprendizaje social. A veces esto ocurre en un momento de estrés o de elevada activación, cuando las respuestas de temor se aprenden fácilmente.

Los temores sociales no sólo se aprenden por condicionamiento directo. La transmisión de información y/ o de instrucciones es otro de los mecanismos habituales del aprendizaje de los miedos. Con frecuencia, y más en la infancia, se reciben mensajes relacionados con el control de la conducta social. En algunas ocasiones se ofrecen mensajes que tienen dos efectos:

1. Inhiben comportamientos socialmente competentes
2. Aumentan las creencias o pensamientos distorsionados, como, por ejemplo, la necesidad de aprobación o de caer bien a los demás, produciendo una preocupación excesiva hacia ello.

Finalmente, entre las formas de adquirir los temores sociales cabe mencionar el condicionamiento vicario. Según este paradigma, observar a los demás experimentando ansiedad en situaciones sociales puede conducir a que el observador tema esas situaciones.

3.4 UN MODELO PARA LA EXPLICACIÓN DEL TSA

En el modelo se plantean factores de vulnerabilidad biológica y psicológica que, en conjunto, pudieron dar lugar a una serie de repertorios inadecuados o insuficientes a la hora de enfrentar las situaciones sociales y que favorecieron la aparición de la ansiedad en tales situaciones. Igualmente, se muestra la respuesta de ansiedad, los factores que la mantienen y las condiciones para el diagnóstico del trastorno.

Una cuestión para considerar a la hora de explicar el origen del TAS es la importancia que tiene la interrelación particular de las variables biológicas y psicosociales en una persona. Esto es lo que nos permite entender, por ejemplo, como un individuo con un temperamento conductualmente inhibido o con un sistema nervioso altamente sensible desarrolle un TAS mientras que otro no. Este supuesto de la interacción entre las variables biológicas, psicológicas y sociales implica que los modelos unicausales.

En cuanto a la **vulnerabilidad biológica del individuo**, nuestro modelo considera la presencia de los factores mencionados en párrafos anteriores:

- La **heredabilidad** del TAS y de los miedos en general
- El **temperamento** denominado inhibición conductual, que se caracteriza por comportamientos tales como llantos, berrinches, temor a quedarse a solas, a los desconocidos y a lo novedoso, o asustarse ante estímulos llamativos. Algunos psicólogos han denominado a los individuos, ya adultos, con ese tipo de temperamento como **personas con alta sensibilidad (PAS)** y suponen que este tipo de individuos tiene un umbral más bajo para la activación que aquellos sin este temperamento, por lo que se activarán más fácilmente ante estímulos estresantes y serán también más sensibles al hambre, al frío, a la inseguridad, a quedar exhaustos y a la enfermedad.
- La **labilidad del sistema nervioso** autónomo (una elevada activación autónoma).
- La **sensibilidad a la ansiedad**.

La vulnerabilidad psicológica de las personas con TAS puede comprenderse analizando la educación que recibieron por parte de sus padres o cuidadores, las habilidades de afrontamiento, las experiencias que vivieron.

Otro ejemplo de vulnerabilidad psicológica puede verse en la baja tolerancia a la frustración que adquieren muchos niños como consecuencia de una permisividad extrema por parte de sus padres. Los estilos de crianza caracterizados por un alto nivel de control y en los que se utiliza la vergüenza como un método de disciplina pueden hacer que el niño incorpore un procesamiento de la información sesgado hacia la evaluación negativa por parte de los demás.

La confluencia de estos factores de vulnerabilidad biológica y psicológica dará lugar a la configuración de unos repertorios cognitivos, conductuales y emocionales específicos que resultarán inadecuados o insuficientes para manejarse de forma eficaz en las situaciones sociales.

Las experiencias sociales estresantes constituirían la tercera variable de la ecuación que explica la adquisición de un TAS. Aquí se incluirían dos los acontecimientos ambientales que desencadenarían o contribuirán al desarrollo de un TAS. La presencia, en este caso, de las tres variables de la ecuación (inhibición conductual x sobreprotección x acoso escolar) favorecería el desarrollo de un TAS a una temprana edad. Otras situaciones sociales estresantes podrían ser el abuso sexual, el maltrato por parte de los padres/cuidadores o ser rechazado por un grupo de iguales.

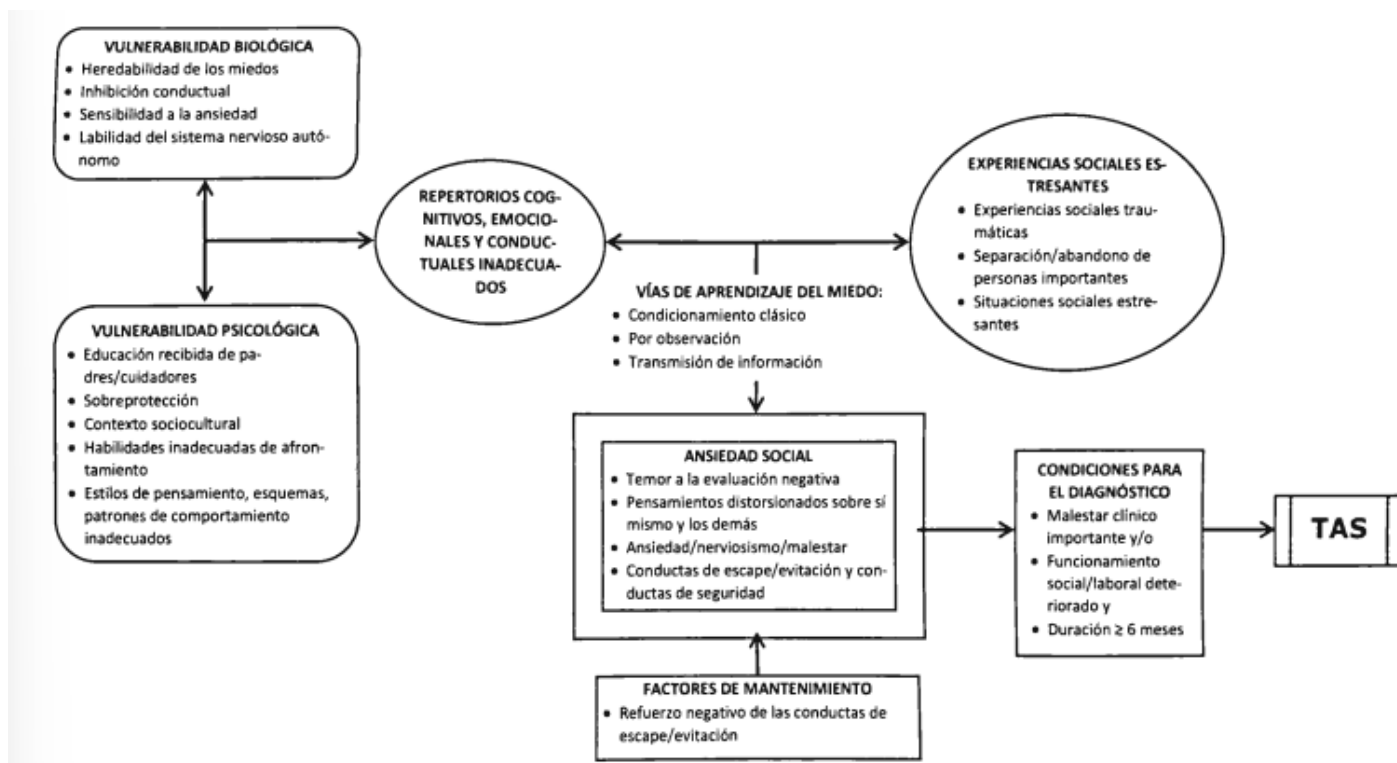
Tenemos que insistir en que este tipo de acontecimientos no son traumáticos por sí mismos. Su impacto en el desarrollo de un TAS dependerá de la existencia de las vulnerabilidades biológicas y psicológicas y de los repertorios propios del sujeto.

La exposición a situaciones sociales estresantes o traumáticas puede causar miedos sociales en personas con vulnerabilidades biológicas y psicológicas y con déficit en sus repertorios.

Cuando las personas han aprendido que las situaciones sociales son "peligrosas", una respuesta habitual es la ansiedad. La constante producción de ansiedad representa un mecanismo persistente, ineficaz, diseñado para impulsar al organismo a reducir el supuesto peligro que está activando la respuesta de ansiedad.

Cuando el paciente realiza conductas de evitación o de escape, así como conductas de seguridad, la ansiedad disminuye, lo que significa que en próximas situaciones sociales este tipo de conductas tendrán una mayor probabilidad de repetirse. **Una interpretación amplia de la teoría de los dos factores de Mowrer** serviría para explicar la adquisición y mantenimiento del TAS. Los síntomas de este trastorno constituyen una respuesta condicionada adquirida por medio de la asociación entre el objeto fóbico, en este caso la situación social (el estímulo condicionado) y una experiencia aversiva (condicionamiento clásico). Una vez que se ha adquirido la fobia, la evitación de la situación fóbica reduce la ansiedad condicionada, reforzando, consecuentemente, la evitación (condicionamiento operante).

Otra explicación sobre la adquisición y mantenimiento del TAS: la situación social adquiere para la persona un valor informativo de gran relevancia. A partir del condicionamiento, a esa situación se la considera un evento que predice, con gran fiabilidad, la aparición de otros elementos que juzga amenazantes y, por ello, prepara su organismo para huir o evitarlos. Dada la capacidad de generalizar el aprendizaje, las cogniciones relacionadas con la amenaza van configurando patrones de pensamiento y creencias inadecuadas e irracionales.



4. EVALUACIÓN

La evaluación tiene por objetivo reunir, de forma coherente y sistemática, toda la información sobre lo que le sucede al individuo con fobia social y concluir con un informe claro sobre cuáles son las situaciones en las cuales aparecen las respuestas problemáticas y cuáles son las consecuencias propias y del contexto que las están manteniendo.

Una entrevista clínica general que permita conocer el motivo de consulta, obtener un listado de los posibles problemas, las principales áreas de la vida que están afectadas y, una revisión de algunas de las situaciones concretas para hacer los análisis funcionales iniciales, podrían ser un punto de partida. Es posible que resulte útil emplear una entrevista diagnóstica (semi) estructurada. Algunas de esas entrevistas permiten tener una visión más amplia.

Entre las entrevistas diagnósticas más conocidas están:

Entrevista diagnóstica	DIS	Apenas se utiliza.
Entrevista para la evaluación clínica en neuropsiquiatría	SCAN	Apenas se utiliza.
Entrevista clínica estructurada para los trastornos del eje I del DSM-IV - versión clínica (última versión SCID-IV)	SCID-5	Diagnósticos de Trastornos del Eje I del DSM-IV. Semiestructurada.
Entrevista diagnóstica internacional (90 minutos)	CIDI	Entrevistas estructuradas usadas con + frecuencia, en clínica e investigación.
Entrevista para los trastornos de ansiedad a lo largo de la vida, según el DSM-IV	ADIS	Entrevistas estructuradas usadas con + frecuencia, en clínica e investigación.

La **CIDI** fue diseñada como una entrevista diagnóstica completamente estructurada y por módulos para realizar estudios epidemiológicos transculturales y estudios comparativos de psicopatología entre la población general. Permite medir la prevalencia, gravedad e impacto de los trastornos mentales, la utilización de los servicios de salud el uso de medicamentos y evalúa quien ha sido tratado, quien no y cuáles son los impedimentos para el tratamiento. Fiabilidad, para la fobia social desde aceptable hasta deficiente.

La **ADIS-5** es una entrevista estructurada para evaluar de forma amplia los trastornos de ansiedad en adultos, en el presente y a lo largo de la vida e incluye, también, los trastornos de estado de ánimo, el trastorno obsesivo compulsivo, trauma... así como algunas preguntas para realizar un cribado sobre otros problemas psicológicos. Relevante para realizar diagnósticos diferenciales, una cuestión clave para TAS debido a su comorbilidad con estos problemas. El carácter modular de la entrevista es otra ventaja para los clínicos, en la medida que podemos decidir sobre los apartados que consideramos necesarios utilizar. En lo que respecta al módulo para el TAS, las primeras preguntas de la ADIS-5 están orientadas a establecer si en la actualidad la persona:

- Experimenta temor, ansiedad o nerviosismo en situaciones sociales en las que podría ser observada o evaluada por otros o cuando está conociendo gente nueva.
- Si le preocupa demasiado que pueda hacer o decir algo que le ponga en una situación embarazosa o humillante delante de otros o en la que los demás pudieran pensar mal de ella.

Para los casos en los que el clínico duda de si el paciente tiene o no las dificultades mencionadas anteriormente, hay una tercera pregunta con la cual se puede explorar si alguna vez ha estado ansioso en situaciones sociales o muy preocupado por una situación embarazosa o humillante y establecer cuándo ocurrió el episodio más reciente. Luego hay un apartado de valoración de distintas situaciones sociales. Se incluye un listado de 15 posibles situaciones sociales temidas el paciente debe indicar el nivel de miedo y de evitación de cada situación, utilizando una escala Likert de 0 a 8.

Un tercer apartado permite conocer lo que le preocupa al paciente que suceda en cada situación temida. También se pregunta por cómo le afectan esos miedos en su vida cotidiana, pidiéndole una valoración numérica de la interferencia y el malestar ocasionado, usando una escala Likert (de 0 a 8).

Nuevamente, no se conocen datos sobre la fiabilidad de esta versión de la entrevista. Sin embargo, encontraron que la fiabilidad de la versión anterior estaba entre aceptable y alta en todas sus categorías ($0,67 < k < 0,86$) y, específicamente, para la fobia social era aceptable ($k < 0,77$).

A pesar de los buenos datos de estas entrevistas, nuestra experiencia clínica y de observación nos ha mostrado que el uso de entrevistas como la ADIS deja ciertas brechas en lo que respecta a la evaluación del TAS. Por este motivo desarrollamos la **ECSAS**.

Esta entrevista permite hacer una evaluación detallada del TAS y puede emplearse como entrevista diagnóstica, dado que incluye preguntas que permiten identificar cuáles de los criterios diagnósticos para el TAS, cumplen los pacientes. Evalúa la ansiedad social con base en las cinco dimensiones. Esta entrevista está formada por 11 apartados:

1. Datos generales
2. Descripción de la apariencia física del paciente
3. Observación conductual del paciente durante la entrevista
4. Descripción por parte del paciente de los problemas y/o dificultades
5. Descripción de los problemas y/o dificultades actuales relacionados con la ansiedad social
6. Efectos de la ansiedad social sobre el funcionamiento diario de la persona
7. Motivación para el tratamiento
8. Descripción por parte del paciente de los objetivos y expectativas respecto al tratamiento
9. Evaluación de la ansiedad social por dimensiones
10. Otros problemas psicológicos o médicos
11. Medicamentos, alcohol y otras drogas.

En cada dimensión se comienza por unas **preguntas de cribado** que permiten explorar si la persona presenta temor, ansiedad, nerviosismo...

Luego, hay una sección dedicada a la caracterización clínica de la ansiedad. Se le pide al paciente que dé ejemplos de situaciones sociales temidas, los síntomas físicos, los pensamientos que se producen, su forma de actuación y se pregunta sobre aquello que reduce su ansiedad. Este apartado se complementa con las expectativas que tiene el paciente respecto a cómo preferiría que fuera su actuación en esas situaciones.

A continuación, se le pregunta al paciente por la duración de los problemas de ansiedad (asegurándonos de si se cumple el criterio mínimo de 6 meses) y, finalmente, por el nivel de ansiedad, de evitación y/o escape, y el nivel de interferencia y/o malestar.

Entre las **entrevistas** empleadas para la evaluación y el diagnóstico del TAS en población infantojuvenil:

- "Entrevista para los trastornos de ansiedad y trastornos relacionados según el DSM-5, versión para niños"
- "Entrevista para los trastornos afectivos y la esquizofrenia para niños y a lo largo de la vida"

Independientemente del carácter estructurado y directivo de la entrevista, el clínico debe estar atento no sólo a los contenidos verbales sino también al comportamiento del paciente durante la entrevista.

Otro de los métodos más tradicionales de evaluación del TAS, complementarios a las entrevistas, son las medidas de **autoinforme**. Antes de 1987 no se conocían instrumentos para medir el TAS, se utilizaban cuestionarios que evaluaban constructos relacionados con el tema. Entre ellos destacan:

- "Escala de miedo a la evaluación negativa"
- "Cuestionario de miedos"
- "Escala de ansiedad y evitación social"

Posteriormente se desarrolló cuestionarios para evaluar específicamente el TAS en la población adulta, destacan los siguientes:

"Inventario de ansiedad y fobia social"	PAI
"Escala de ansiedad social de Liebowitz"	LSAS
"Escala de fobia social"	SPS
"Escala de ansiedad en la interacción social"	SIAS
"Inventario de fobia social"	SPIN

El **SPAI** fue construido empíricamente a partir de otros cuestionarios y de un listado de quejas de los pacientes. Está formado por 2 subescalas, una de fobia social y otra de agorafobia, con un total de 45 ítems y su formato de respuesta es tipo Likert (de 0 "nunca" a 7 "siempre"). Este instrumento es, al parecer, sensible a un continuo de preocupaciones de las personas socialmente ansiosas y, adicionalmente, permite diferenciar a este grupo de personas de otras que padecen agorafobia.

La **LSAS**, se puede resaltar que tiene 2 versiones, la de autoinforme LSAS-SR y la que aplica el clínico LSAS-CA. Consta de 24 ítems y fue diseñada para evaluar el rango de situaciones sociales que temen y evitan los individuos con fobia social. ⇒ La LSAS-SR ha sido empleada para la evaluación de los cambios de los pacientes cuando han recibido tanto tratamiento farmacológico como cognitivo-conductual. Entre los principales inconvenientes está que en países de habla española hay poca información respecto a sus propiedades psicométricas y que dada la variabilidad en el nº de factores que mide puede ponerse en duda su validez de constructo.

La **SPS** y la **SIAS** se utilizan de manera complementaria para evaluar la ansiedad social, ya que la 1ª se refiere más al temor que se experimenta en situaciones de actuaciones y la 2ª a situaciones de interacción social. Cada instrumento consta de 20 ítems, con opción de respuesta tipo Likert.

El **SPIN** está formado por 17 ítems con escala de respuesta tipo Likert e incluye, principalmente, los síntomas de la ansiedad social con el fin de evaluar su presencia y gravedad en la última semana. Tiene buena fiabilidad test-retest, consistencia interna y validez concurrente.

Si bien, estos son los cuestionarios más comunes, también hay que decir que parecen tener algunas **limitaciones**. Una de ellas es que, de las cinco dimensiones básicas de la ansiedad social, sólo suelen evaluar dos, como son la "interacción con desconocidos" y el "hablar en público".

Otra limitación es que algunas situaciones como escribir en público, utilizar aseos públicos o beber delante de otras personas parecen ser importantes para los sujetos con un TAS en los países anglosajones, pero no en países hispanohablantes.

Estas son algunas de las razones por las cuales creemos especialmente relevante para la evaluación de la ansiedad social la medida de autoinforme desarrollada por nuestro equipo y denominada "**Cuestionario de ansiedad social para adultos**" (**CASO**). Este cuestionario evalúa las cinco dimensiones:

1. Interacción con el sexo opuesto
2. Quedar en evidencia o en ridículo
3. Interacción con desconocidos
4. Hablar en público/interacción con personas de autoridad
5. Expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado.

En cuanto a los autoinformes utilizados con población infantojuvenil, podemos enumerar:

"Escala de ansiedad social para niños-revisada"	SASC-R
"Inventario de ansiedad y fobia social para niños"	SPAI-C
"Escala de ansiedad social de Liebowitz para niños y adolescentes"	LSAS-CA
"Escala de ansiedad social para adolescentes"	SAS-A
"Cuestionario de interacción social para niños"	CASO-N24

Los autorregistros, como técnica de evaluación deberían estar incluidos entre las preferidas por los clínicos, ya que permite obtener información muy valiosa para la realización de los análisis funcionales y es una herramienta que ofrece retroalimentación inmediata al paciente respecto a su conducta y a los factores que la mantienen.

Explicitan los comportamientos motores, las cogniciones y las emociones que se producen en situaciones sociales y revelan la conexión entre estos 3 niveles de respuesta y entre éstos y las consecuencias.

Los autorregistros pueden variar según la intención del clínico respecto a lo que pretende conseguir y que la eficacia de esta técnica depende de varios factores, como, por ejemplo, que el paciente esté convencido del valor que posee este instrumento para su evaluación y posterior tratamiento, debiendo presentarse todas las ventajas que representa. Exige un compromiso, del paciente, para autoobservarse y registrar lo antes posible lo que se le pide.

La evaluación en los casos de TAS puede extenderse también a la valoración de otros posibles trastornos psicológicos. El clínico tendrá que poder determinar la naturaleza comórbida al tiempo que analizar si esos otros problemas o trastornos han surgido como consecuencia del TAS o, por el contrario, le anteceden.

5. REVISIÓN DE LOS TRATAMIENTOS

Los tratamientos empíricamente validados para el TAS se centran en las estrategias cognitivas y conductuales, especialmente en las técnicas de entrenamiento en relajación, entrenamiento en habilidades sociales, reestructuración cognitiva y exposición.

La premisa básica que subyace es que los pensamientos, emociones y conductas se encuentran interrelacionados, de tal forma que la modificación en uno de ellos puede producir una mejoría en los otros.

La mayoría de los programas de tratamiento del TAS incluyen varios procedimientos, aunque es posible que con las técnicas de exposición puedan tratarse aquellos temores sociales de "sólo actuación".

Protocolos de intervención psicológica para adultos con TAS

Uno de los protocolos más extendidos y considerado como el tratamiento de referencia es la **Terapia Cognitivo Conductual en Grupo (TCCG)**. Su eficacia y la baja tasa de recaídas han sido demostradas en un nº considerable de estudios. La TCCG es llevada a cabo por 2 terapeutas en 12 sesiones semanales, con 2 horas y ½ de duración y con grupos formados por entre 4 y 6 participantes.

En este tratamiento se dedican las 2 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.

Posteriormente, deben enfrentarse gradualmente a las situaciones temidas utilizando sus habilidades cognitivas. Cuando 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

Más recientemente han propuesto otro tratamiento, **La Terapia Cognitivo Conductual Comprensiva (TCCC)**, que se deriva, en parte, de la TCCG, aunque se diferencia de ésta, principalmente, porque incluye el EHS, las representaciones de papeles son más cortas y el tratamiento tiene 2 sesiones más.

La TCCC combina la exposición en vivo, con reestructuración cognitiva y el entrenamiento en habilidades sociales.

Las 14 sesiones de grupo que la forman están estructuradas de la siguiente manera:

- **Las 2 primeras sesiones** son educativas y en ellas el terapeuta presenta el modelo cognitivo conductual de la fobia social y explica las técnicas de tratamiento.
- **En la 3ª y 4ª sesión**, se inicia el EHS; los pacientes reciben instrucciones y hacen representaciones de papeles muy cortas sobre cómo iniciar, mantener y terminar una conversación y de cómo hacer acuerdos o negociaciones y repiten las escenas entre 5 y 7 veces.
- **De la 5ª a la 13ª sesión**, los pacientes participan en representaciones que se refiere a sus preocupaciones sociales específicas. Antes de cada representación, los pacientes identifican los pensamientos disfuncionales y piensan en una respuesta racional para sustituirla. Las instrucciones del EHS son dadas antes de cada representación y se repiten para facilitar la adquisición. Entre las sesiones, los pacientes realizan unas tareas asignadas para casa.
- **La 14ª sesión** incluye 1 discusión sobre beneficios del tratamiento y recomendaciones para prácticas futuras.

Este protocolo se diferencia de los anteriores en el número total de sesiones (7) semanales, su duración (4 horas cada una), el número de terapeutas (pueden ser entre 1 y 3) y de participantes (entre 5 y 9).

Clark y cols., propusieron un **Protocolo de Tratamiento Individual** de 16 sesiones. Su objetivo fundamental es la enseñanza de un marco de referencia cognitivo alternativo para interpretar las situaciones sociales, la actuación y el riesgo sociales.

La intervención es cognitiva, se interroga al paciente para evaluar sus expectativas acerca de las situaciones sociales y de los costes sociales de sus actuaciones sociales inadecuadas, y luego se evalúa específicamente la veracidad de esas expectativas mediante una evaluación lógica y con experimentos conductuales que son diseñados para evaluar las expectativas ansiógenas.

Esto último es lo que lo diferencia de aquellas intervenciones basadas en la exposición, pues el protocolo cognitivo intenta sustituir los supuestos erróneos en momentos de aprendizaje específicos

Este protocolo implica que se construya un “modelo explicativo” del TAS, tomando como base el modelo de Clark y Wells, pero utilizando los pensamientos, las imágenes, las estrategias de atención, los comportamientos de seguridad y los síntomas del paciente.

- Se hacen ejercicios vivenciales en los que se manipula sistemáticamente el centrar la atención y los comportamientos de seguridad para mostrar sus efectos adversos.
- Se incluye un entrenamiento sistemático para aprender a centrar la atención en algo externo, tanto en las situaciones sociales como en las que no lo son.
- Se utilizan técnicas para reestructurar la autoimagen distorsionada, se instiga al paciente para que pregunte a otras personas respecto a sus creencias sobre asuntos como ruborizarse o temblar.
- Se lleva a cabo la confrontación con las situaciones sociales temidas en las cuales se ponen a prueba las predicciones negativas dejando de lado comportamientos de seguridad centrándose en cuestiones externas.

Tratamiento farmacológico para adultos con TAS

Esta opción se recomienda cuando el paciente presenta síntomas de ansiedad de moderados a graves o cuando la persona no quiere llevar a cabo un tratamiento psicológico.

Desde el punto de vista farmacológico, los antidepresivos, especialmente, los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS) han sido la alternativa más recomendada.

A nivel clínico, sin embargo, se utilizan también otros psicofármacos, como los inhibidores de recaptación de la serotonina y la noradrenalina (ISRSN), las benzodiacepinas y los betabloqueantes.

Otros medicamentos para tratar pacientes con TAS son los antidepresivos serotoninérgicos y noradrenérgicos, los inhibidores de la noradrenalina, los inhibidores de MAO, los antipsicóticos, y los antidepresivos multimodal.

Los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS)	Betabloqueantes	Los inhibidores de MAO (IMAO)
Los inhibidores de recaptación de la serotonina y la noradrenalina (ISRSN),	Antidepresivos serotoninérgicos y noradrenérgicos	Los antipsicóticos
Benzodiacepinas	Los inhibidores de la noradrenalina	Los antidepresivos multimodal

Las pruebas empíricas de los tratamientos

En las casi últimas tres décadas, las revisiones sistemáticas y los metaanálisis indican que la **TCC** tiene efectos inmediatos y a largo plazo sobre el TAS y no parece haber especiales diferencias en cuanto a la eficacia según el formato empleado (individual vs. grupal).

En los últimos años se han venido acumulando pruebas sobre las "**terapias de tercera generación**" o "de nueva ola" para el TAS, especialmente las intervenciones basadas en la atención plena y la aceptación. Los estudios que han evaluado la eficacia de estas terapias han mostrado resultados prometedores, aunque parece que aún hay un largo camino para llegar a ser consideradas como terapias bien establecidas.

En lo que respecta al **tratamiento farmacológico**, hay estudios que indican que los efectos de los psicofármacos van de pequeños a moderadores, y aunque la reducción de los síntomas tiene efectos sobre la calidad de vida, se requerirían estudios para evaluar los mecanismos de acciones, y establecer si hay o no diferencias entre las distintas clases de fármacos. Algunos señalan que los ISSR siguen siendo los fármacos más eficaces en el TAS, sin embargo, insisten en que estas conclusiones se basan en pruebas de baja calidad y, por tanto, es necesaria más investigación.

Finalmente, queremos referirnos especialmente a las pruebas empíricas sobre la eficacia del **programa IMAS** para el tratamiento del TAS en adultos, puesto que se trata de un protocolo que se adapta de forma más fiel a las características y los aspectos culturales de España.

El programa IMAS logró reducir, de forma notable, los síntomas de ansiedad social de los pacientes con TAS. Tales mejoras tuvieron un tamaño del efecto entre 1 y 2 y, en ocasiones, superior a 2. En comparación con un grupo de terapia cognitivo conductual y otro de tratamiento farmacológico, obtuvo resultados más favorables. Sin embargo, debido al bajo número de sujetos de estos últimos grupos, las conclusiones no se consideraron definitivas sino indicativas.

Estos resultados nos conducen a pensar que, aunque aún sea necesaria más investigación, el programa IMAS es una propuesta muy prometedora para quienes sufren de ansiedad social y muestran otros problemas psicológicos, que muchas veces son comórbidos al TAS o son efectos de este.

6. EL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN MULTIDIMENSIONAL PARA EL TSA (IMAS)

El programa IMAS está fundamentado y adaptado a los cinco factores o dimensiones y cada dimensión o factor se trabaja en dos sesiones.

DIMENSIONES:

1. Interacción con desconocidos
2. Interacción con el sexo opuesto
3. Expresión asertiva de molestia, enfado o desagrado
4. Quedar en evidencia/Hacer el ridículo
5. Hablar o actuar en público/Interacción con personas de autoridad.

Programa de intervención en grupo, de entre seis y 10 personas, en el que se una representación equilibrada de ambos sexos. Las sesiones son semanales, de dos horas y media de duración, a excepción de las sesiones de evaluación, que tienen una duración diferente. El programa de tratamiento completo comprende 15 sesiones de tratamiento, una sesión de apoyo (a los 3 meses) y seis sesiones de evaluación (dos antes del tratamiento, dos inmediatamente después, una de seguimiento a los seis meses y otra a los 12).

El programa IMAS incluye estrategias que han sido recogidas por la terapia de aceptación y compromiso.

N° de sesión	Descripción de las actividades del programa IMAS
<i>Evaluación inicial antes del tratamiento (dos sesiones individuales; duración: 2 horas cada sesión)</i>	
1	1. Realización de la "Entrevista clínica semiestructurada para la ansiedad social" (ECSAS). 2. Tareas para casa: - Rellenar el "Cuestionario de ansiedad social para adultos" (CASO) y otros cuestionarios sobre aspectos psicológicos relacionados (p. ej., depresión, preocupaciones patológicas, perfeccionismo, autoestima, abuso en el consumo de alcohol, habilidades sociales, calidad de vida) y un autorregistro sobre las situaciones sociales en las que se experimenta ansiedad.
2	1. Recoger y revisar con el paciente el autorregistro y los cuestionarios que rellenó en casa. 2. Comunicación de los resultados al paciente. 3. Definición de los objetivos personales para la terapia. 4. Explicación del funcionamiento del grupo terapéutico. 5. Firma del contrato terapéutico-consentimiento informado.
<i>Tratamiento (15 sesiones en grupo; duración 2 ½ horas por sesión)</i>	
3	1. Constitución del grupo terapéutico. 2. Psicoeducación sobre el TAS. 3. Entrenamiento en respiración abdominal. 4. Entrenamiento en atención muscular progresiva (AMP). 5. Asignación de las tareas para casa.
4	1. Repaso de las tareas para casa. 2. Determinación de la ansiedad situacional. 3. Identificación de los valores para la vida. 4. Introducción a las cogniciones disfuncionales en la ansiedad social. 5. Entrenamiento en atención plena (AP): "respirar con atención plena". 6. Asignación de las tareas para casa.
5	1. Repaso de las tareas para casa. 2. Valores para la vida y flujo de pensamientos. 3. Reestructuración cognitiva. 4. Introducción a la desvinculación de los pensamientos. 5. Entrenamiento en AP: "comer con atención plena". 6. Asignación de las tareas para casa.
6	1. Repaso de las tareas para casa. 2. Reestructuración cognitiva y desvinculación de los pensamientos. 3. Práctica de la aceptación y desvinculación de los pensamientos. 4. Entrenamiento en atención a las sensaciones corporales por medio de la imaginación. 5. Asignación de las tareas para casa.
7	1. Repaso de las tareas para casa. 2. Repaso de los valores para la vida y de la desvinculación. 3. Introducción a las habilidades sociales (HHSS). 4. Componentes de las HHSS. 5. Los estilos de respuesta: asertivo, pasivo y agresivo. 6. Los derechos humanos asertivos básicos. 7. Entrenamiento en AP con los componentes de la conducta social. 8. Asignación de las tareas para casa.

8	1. Repaso de las tareas para casa.
	2. Introducción al entrenamiento de cada dimensión.
	3. Dimensión 1: Interacción con desconocidos (1ª parte).
	4. Entrenamiento en el uso de la hoja de autorregistro multimodal.
	5. Entrenamiento en atención corporal por medio de la imaginación (2ª parte).
	6. Asignación de las tareas para casa.
9	1. Repaso de las tareas para casa.
	2. Desvinculación de los pensamientos para la dimensión 1.
	3. Entrenamiento en AP: "observar el mundo exterior con AP".
	4. Entrenamiento específico en la dimensión 1: Interacción con desconocidos (2ª parte).
	5. Asignación de las tareas para casa.
10	1. Repaso de las tareas para casa.
	2. Entrenamiento de la respiración abdominal en un minuto.
	3. Entrenamiento en desvinculación de los pensamientos.
	4. Entrenamiento en AP: "observar el mundo interior con AP".
	5. Dimensión 2: Interacción con el sexo opuesto (1ª parte).
	6. Asignación de las tareas para casa.
11	1. Repaso de las tareas para casa.
	2. Entrenamiento en desvinculación de los pensamientos.
	3. Entrenamiento en aceptación de las sensaciones corporales (1ª parte).
	4. Entrenamiento específico en la dimensión 2: Interacción con el sexo opuesto (2ª parte).
	5. Asignación de las tareas para casa.
12	1. Repaso de las tareas para casa.
	2. Dimensión 3: Expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado (1ª parte).
	3. Entrenamiento en desvinculación de los pensamientos y actuar en la dirección opuesta.
	4. Entrenamiento en aceptación de las sensaciones corporales (2ª parte).
	5. Asignación de las tareas para casa.
13	1. Repaso de las tareas para casa.
	2. Entrenamiento en desvinculación de los pensamientos: sacar a Pepito Grillo a pasear.
	3. Entrenamiento en aceptación de las sensaciones corporales (3ª parte).
	4. Dimensión 3: Expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado (2ª parte).
	5. Asignación de las tareas para casa.
14	1. Repaso de las tareas para casa.
	2. Repaso sobre los valores para la vida y objetivos.
	3. Dimensión 4: Quedar en evidencia/Hacer el ridículo (1ª parte).
	4. Entrenamiento en desvinculación de los pensamientos: el pensamiento a cámara lenta.
	5. Entrenamiento en aceptación de las sensaciones de ridículo.
	6. Asignación de las tareas para casa.
15	1. Repaso de las tareas para casa.
	2. Entrenamiento específico para la dimensión 4: Quedar en evidencia/Hacer el ridículo (2ª parte).
	3. Entrenamiento en desvinculación de los pensamientos: la gran pantalla.
	4. Práctica de aceptación de las sensaciones de ridículo con desvinculación.
	5. Asignación de las tareas para casa.
16	1. Repaso de las tareas para casa.
	2. Dimensión 5: Hablar en público/Interacción con personas de autoridad (1ª parte).
	3. Entrenamiento en desvinculación de los pensamientos.
	4. Práctica de valores, atención plena y desvinculación de los pensamientos.
	5. Asignación de las tareas para casa.

17	1. Repaso de las tareas para casa. 2. Práctica de valores, desvinculación y atención plena. 3. Dimensión 5: Hablar en público/Interacción con personas de autoridad (2ª parte). 4. Asignación de las tareas para casa.
<i>Evaluación postratamiento (dos sesiones, la primera en grupo; duración 2 ½ horas y la segunda individual; duración 1 ½ horas)</i>	
18	1. Repaso de las tareas para casa. 2. Evaluación postratamiento (1ª parte). 3. Planificación del trabajo personal para los próximos tres meses. 4. Evaluación del programa de tratamiento. 5. Asignación de las tareas para casa.
19	1. Recoger una copia del ejercicio 106 de cada paciente antes de la entrevista. 2. Evaluación postratamiento (2ª parte). 3. Asignación de las tareas para casa.
<i>Sesión de apoyo a los tres meses (una sesión en grupo; duración 2 ½ horas)</i>	
20	1. Repaso de las tareas para casa. 2. Revisión y refuerzo de las habilidades aprendidas. 3. Emplazamiento de la sesión de evaluación a los seis meses. 4. Asignación de las tareas para casa.
<i>Seguimiento (dos sesiones en grupo: a los seis y a los 12 meses; duración: 1 ½ horas)</i>	
21	1. Repaso de las tareas para casa. 2. Evaluación de seguimiento a los seis meses. 3. Emplazamiento de la sesión de evaluación a los 12 meses. 4. Asignación de las tareas para casa.
22	1. Repaso de las tareas para casa. 2. Evaluación de seguimiento a los 12 meses. 3. La despedida y conclusión del grupo terapéutico.

Las dos primeras sesiones tienen un formato individual y se dedican a la evaluación de los posibles pacientes.

SESIÓN 1. Aplicación de la "entrevista clínica semiestructurada para la ansiedad social"

Se lleva a cabo con los posibles pacientes, de forma individual, la "Entrevista clínica semiestructurada para la ansiedad social".

El objetivo principal de la misma es obtener información del paciente y de su ansiedad social, tanto a nivel global como de las cinco dimensiones básicas y ver hasta qué punto dicha ansiedad produce interferencia y malestar en su vida.

Al finalizar esta primera sesión, se le entrega al paciente un "Autorregistro para la ansiedad, temor, vergüenza o nerviosismo en situaciones sociales" y varios cuestionarios para que los rellene en casa. Estos instrumentos evalúan desde ansiedad social, pasando por la depresión y habilidades sociales, hasta autoestima y perfeccionismo.

La razón de evaluar otros constructos distintos a la ansiedad social es que, con frecuencia, los pacientes con TAS suelen tener otros problemas comórbidos y el programa IMAS puede mejorar también esos problemas.

SESIÓN 2. Revisión de los cuestionarios y selección de los parientes

En la segunda sesión de evaluación, después de revisar los cuestionarios que cada persona trae rellenos de casa, se comunica al posible paciente si el programa IMAS es apropiado en su caso.

- **Como criterios de inclusión:** que la persona acepte la participación voluntaria en el programa, que cumpla con los criterios diagnósticos para el TAS y que se comprometa a no faltar a las sesiones y a realizar las tareas para casa.
- **Como criterios de exclusión:** están el padecer un trastorno mental grave, como un trastorno psicótico, un trastorno bipolar, un trastorno obsesivo compulsivo, un trastorno límite de la personalidad...

Finalmente, los pacientes que sean aceptados definen los objetivos terapéuticos que les gustaría conseguir participando en el programa IMAS y firman un contrato terapéutico.

SESIÓN 3. Constitución del grupo terapéutico y psicoeducación sobre el TAS

Esta sesión es la primera de tratamiento. El terapeuta da la bienvenida a los participantes y les refuerza por haber logrado dar el paso de acudir a la terapia grupal. Se comienza con ejercicios de presentación de los miembros. Más tarde se les presenta al programa IMAS, así como algunas normas básicas para el funcionamiento del grupo.

A continuación, se ofrece información sobre el TAS de forma sencilla.

Como ejercicios prácticos se entrenará a los pacientes en:

1. **Respiración abdominal.**
2. **Atención muscular progresiva.** Se basa en la relajación progresiva de Jacobson, pero la insistencia no es tanto en que relajen los músculos sino en que se den cuenta de las sensaciones que se producen en los distintos grupos de músculos cuando se tensan y se sueltan.

Las tareas para casa incluyen la lectura de información adicional sobre el TAS en el libro del paciente y la práctica durante la semana de los ejercicios planteados en esta tercera sesión.

SESIÓN 4. Identificación de la ansiedad y de los valores para la vida

A partir de esta sesión, lo primero que se hace en cada una de ellas es revisar las tareas para casa que se asignaron en la sesión anterior. Luego empleamos la psicoeducación para aleccionar a los pacientes sobre qué es la ansiedad, los mitos de la ansiedad y algunos aspectos positivos de la misma.

En esta sesión abordamos los siguientes aspectos:

1. **La escala de "Unidades Subjetivas de Ansiedad" (escala USA),** con la que evaluarán (de 1 a 100) el grado de ansiedad que les producen las distintas situaciones sociales con las que se encuentran en sus vidas.
2. **La "educación en valores".** Les planteamos que los valores serían las columnas en las que se apoyarían nuestras vidas, las bases sobre las que se cimientan nuestros objetivos, nuestras actitudes, nuestros comportamientos. Los valores darían un significado coherente y clarificador del transcurrir de nuestra existencia. Los pacientes aprenden a identificar valores (así como objetivos) y practican con ejercicios estos conceptos. El trabajo con los valores se seguirá realizando durante todo el programa.
3. **Las cogniciones disfuncionales de la ansiedad social.** Los pacientes aprenden a identificar esas cogniciones típicas de la ansiedad social, algo que será esencial cuando les enseñemos a cuestionar sus propias cogniciones desadaptativas y a distanciarse de ellas.
4. **La respiración con atención plena:** primer contacto con este procedimiento.

SESIÓN 5. Reestructuración cognitiva y desvinculación de los pensamientos

Luego de la revisión de las tareas para casa, se abordan los siguientes temas:

1. **Los valores para la vida** mediante la revisión de un cuestionario que les permite empezar a identificar el flujo constante de pensamientos, con la idea de que los pacientes vayan identificándolos (+ y -).
2. **Los principios ABC de la terapia racional emotivo conductual (TREC).** Aunque la reestructuración cognitiva no la vamos a trabajar de manera habitual en el programa IMAS, estos principios ABC nos sirven para que los pacientes empiecen a ver la importancia de los pensamientos sobre su ansiedad y sus comportamientos de evitación. Con esta estrategia:
 - Identificamos los pensamientos automáticos desadaptativos
 - Determinamos las disfuncionalidades los pensamientos
 - Aprendemos como llevar a cabo un debate o cuestionamiento cognitivo
3. **La desvinculación de los pensamientos.** Una forma de distanciarse de los propios pensamientos sería la siguiente. Cambiamos "soy un fracaso" por "estoy teniendo el pensamiento de que soy un fracaso".
4. **Seguimos practicando la atención plena** y en este caso practicamos el ejercicio de "comer con atención plena".

SESIÓN 6. Reestructuración y desvinculación cognitivas (2ª parte)

Después de revisar las tareas para casa, abordamos los siguientes temas:

1. **Reestructuración y desvinculación cognitivas.** Una vez que los pacientes han logrado identificar y diferenciar los pensamientos racionales de los irracionales, se cuestionan estos últimos. En la sesión se practica el debate o cuestionamiento cognitivo a partir del autorregistro que llevaron como tarea para casa.
 - *Cuestionamiento de los pensamientos.* El debate cognitivo se dirige a identificar las creencias erróneas y pensamientos disfuncionales del paciente.
 - *El debate cognitivo con desvinculación de los pensamientos.* Realizan ejercicios con el propósito de practicar la identificación y el cuestionamiento de los pensamientos disfuncionales o poco racionales, así como la desvinculación de los mismo
2. **Práctica de la aceptación y desvinculación de los pensamientos.** Se presenta una metáfora para seguir practicando la perspectiva de la desvinculación de los pensamientos para que los pacientes lleguen a dominar esta estrategia.
3. **Entrenamiento en atención a las sensaciones corporales por medio de la imaginación.** Se entrena a los sujetos en la atención a las sensaciones corporales por medio de la imaginación. Se trata de lograr la atención a las sensaciones corporales utilizando recuerdos o creando imágenes nuevas. En caso de que fuera necesario, el terapeuta puede hacer algunos ejercicios previos para entrenar la imaginación.

SESIÓN 7. Las habilidades sociales y los estilos de respuesta

Después de revisar las tareas para casa, se hace un repaso de los valores para la vida y de la desvinculación. En este último caso, se practica la desvinculación considerando a los pensamientos como ruido de fondo. Luego, presentamos el constructor de las habilidades sociales a través de una serie de pasos:

1. **Definición de las habilidades sociales.** Se puede definir como "conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas"

2. **Clases de habilidades sociales.** Se explican brevemente las principales habilidades sociales. Utilizaremos una clasificación compuesta por 10 clases de habilidades sociales, de entre las cuales cinco tienen un correlato con las cinco dimensiones de la ansiedad social. Serían las siguientes:
 - Interactuar con desconocidos
 - Expresar sentimientos positivos
 - Afrontar las críticas Interactuar con personas que me atraen
 - Mantener la tranquilidad en situaciones embarazosas
 - Hablar en público/ Interactuar con personas de autoridad
 - Pedir explicaciones a una persona por su comportamiento
 - Pedir disculpas por errores propios
 - Defender los propios derechos Rechazar peticiones.
3. **Componentes de las habilidades sociales.** Las diferentes clases de habilidades sociales a las que nos hemos referido anteriormente se expresan a través de una serie de componentes específicos como son los conductuales, cognitivos y fisiológicos. Nos centramos en los componentes conductuales y dentro de ellos en los componentes no verbales, paralingüísticos y verbales.
4. **Los estilos de respuesta: asertivo, pasivo y agresivo.** El terapeuta presenta las diferencias entre conductas asertivas, no asertivas y agresivas tanto en sus aspectos generales, como en los niveles verbal, no verbal y en las consecuencias para cada uno de ellos
5. **Los derechos humanos asertivos básicos.** Nuestros derechos humanos provienen de la idea de que todos somos creados iguales, en un sentido moral, y que nos tenemos que tratar como tales. En las relaciones sociales, entre dos iguales, ninguna persona tiene privilegios exclusivos. Un derecho humano asertivo básico en el contexto de las habilidades sociales es algo que todo el mundo tiene derecho a ser, tener o hacer en virtud de su existencia como seres humanos.
6. **Entrenamiento en atención plena con los componentes de la conducta social.** En este apartado se practica la atención plena con toda una serie de elementos no verbales de las habilidades sociales.

SESIÓN 8. Entrenamiento en la dimensión 1: Interacción con desconocidos. 1ª parte

1. **Dimensión 1: Interacción con desconocidos**
 - *Clases de respuesta trabajar.* Se trabajan las estrategias básicas para iniciar, mantener y finalizar conversaciones, además de revisar los principales componentes tanto no verbales como verbales implicados en la conducta de iniciar una conversación.
 - *Entrenamiento específico en la dimensión 1: Interacción con desconocidos (1ª parte).* Se selecciona una situación social correspondiente a la dimensión "Interacción con desconocidos" y se procede a representarla utilizando la secuencia clásica del ensayo de conducta.
 - *Ideas para practicar las habilidades de conversación.*
2. **Entrenamiento en el uso de autorregistro multimodal.** Esta hoja de registro multimodal se utilizará tras cada exposición in vivo de las situaciones objetivo de las tareas para casa. Deberá incluir:

La situación a la que se expuso	Los pensamientos desadaptativos	La conducta llevada a cabo
El grado de ansiedad (valorado con las USA)	Los pensamientos desadaptativos y de atención plena utilizada	El grado de satisfacción que tuvo con su forma de actuar.

3. **Entrenamiento en atención corporal por medio de la imaginación (2ª parte).** Se enseña a los pacientes a practicar la atención corporal por medio de la imaginación y finalizando con la identificación con un rosal.

SESIÓN 9. Entrenamiento en la dimensión 1: Interacción con desconocidos. 2ª parte

La secuencia de esta sesión es la siguiente:

1. **Desvinculación de los pensamientos para la dimensión 1.** Seguimos entrenando la estrategia de desvinculación de los pensamientos en la dimensión con la que estamos trabajando. Se realiza un ejercicio en el que, dividiendo a los pacientes en dos grupos, se emplea la desvinculación y la atención plena durante de representación de una situación propuesta por el terapeuta.
2. **Entrenamiento en atención plena: "observar el mundo exterior con atención plena".** Se realiza un ejercicio en el que se intenta dirigir la atención de los pacientes hacia un acontecimiento u objeto que está presente, en el entorno natural, sin emitir ningún juicio de valor sobre él.
3. **Entrenamiento específico en la dimensión 1: Interacción con desconocidos (2ª parte).** Se plantean ensayos de conducta: (1) sobre situaciones difíciles planificadas por los pacientes y (2) iniciando una conversación con un desconocido.
 - *Hacer amigos.* Se lleva a cabo psicoeducación sobre este tema, indicando algunos pasos básicos para hacer amigos, posibles lugares y actividades para conocer gente
 - *Las redes sociales:* Se aborda la ayuda que pueden dar hoy día las redes sociales para hacer amigos.

SESIÓN 10. Entrenamiento en la dimensión 2: interacción con el sexo opuesto -1ª parte

Se aborda la interacción con personas que nos atraen emocionalmente.

La secuencia de esta sesión es:

1. **Entrenamiento de la respiración abdominal en un minuto.** Suele ser de utilidad justo antes de realizar algún comportamiento que nos genera una ansiedad notable.
2. **Entrenamiento en desvinculación de pensamientos.** Cada participante anota las situaciones de interacción con el sexo opuesto que le gustaría mejorar, las emociones que siente en las mismas y los pensamientos disfuncionales. Cuestiona la racionalidad de esos pensamientos y plantea qué objetivo le gustaría conseguir. Una técnica de desvinculación que se puede emplear es la de considerar los pensamientos como verbalizaciones, de modo que se puedan describir desde una posición de observador en vez de como propios.
3. **Entrenamiento en atención plena: "observar el mundo interior con atención plena".** Aumentar nuestra capacidad para atender a lo que sucede en nuestro mundo interior: pensamientos, emociones y sensaciones, pero sin reaccionar ante ellos, comportándonos como observadores externos y no como jueces.
4. **Dimensión 2: Interacción con el sexo opuesto - 1ª parte:**
 - *Clases de respuesta a trabajar.* Se trabajan tres habilidades importantes: 1) iniciar la interacción con personas del sexo opuesto (o personas que nos atraen), 2) hacer y aceptar cumplidos, y 3) expresar amor, agrado y afecto.
 - *Internet como instrumento para la interacción con el sexo opuesto.*
 - *Entrenamiento específico en la dimensión 2: Interacción con el sexo opuesto – 1ª parte.* El terapeuta selecciona una situación y utiliza el ensayo de conducta para representarla, incorporando la aceptación, la desvinculación de los pensamientos y la atención plena.

SESIÓN 11. Entrenamiento en la dimensión 2: Interacción con el sexo opuesto- 2ª parte

1. **Entrenamiento en desvinculación de los pensamientos.** Aprendemos a mirar hacia nuestros pensamientos en lugar de hacerlo desde ellos. En este ejercicio los pacientes repiten una y otra vez una palabra elegida por ellos y que tenga que ver con sus dificultades en la interacción con el sexo opuesto.
2. **Entrenamiento en aceptación de las sensaciones corporales (1ª parte).** Centraremos la atención en el propio cuerpo con el propósito de aprender a reconocer las sensaciones que se producen en él y a experimentarlas con aceptación. Se lleva a cabo un entrenamiento en tres fases: primero estando en calma (sesión actual), luego haciendo ejercicios de estiramientos (siguiente sesión) y, finalmente, produciendo intencionadamente sensaciones de ansiedad (sesión posterior).
3. **Entrenamiento específico en la dimensión 2: Interacción con el sexo opuesto (2ª parte).** En este apartado, se llevan a cabo ensayos de conducta con la situación que cada paciente ha traído preparada desde casa.

SESIÓN 12. Entrenamiento en la dimensión 3: Expresión de molestia, desagrado o enfado - 1ª parte

1. **Dimensión 3: Expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado (1ª parte).** Se explica a los pacientes que tenemos derecho a expresar nuestro malestar ante aquellos comportamientos de los demás que nos desagradan. Se trata de comunicar lo que estamos sintiendo de una manera asertiva.
2. **Clases de respuesta a trabajar.** Se trabajan las estrategias básicas relacionadas con la expresión de sentimientos negativos, la petición de cambio de conducta del otro y la habilidad para hacer y rechazar peticiones. Las dos primeras se trabajan en esta sesión y la última habilidad en la siguiente sesión.
3. **Entrenamiento específico en la dimensión 3: Expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado (1ª parte).** El terapeuta presenta algunas de las posibles situaciones y señala que se trabajarán los ensayos de conducta con algunas de ellas.
4. **Entrenamiento en desvinculación de los pensamientos y en actuar en la dirección opuesta.** Vamos a seguir entrenando a los miembros del grupo en la desvinculación de los pensamientos. Además, practicamos el "Actuar en la dirección opuesta" de nuestra emoción con algún ejercicio.
5. **Entrenamiento en aceptación de las sensaciones corporales (2ª parte).** Se trabaja prestando atención plena a las sensaciones que se producen tras el movimiento corporal. Utilizaremos ejercicios de estiramiento.

SESIÓN 13. Entrenamiento en la dimensión 3: Expresión de molestia, desagrado o enfado - 2ª parte

Posteriormente a la revisión de las tareas para casa, se abordan los distintos apartados de esta sesión:

1. **Entrenamiento en desvinculación de los pensamientos:** En este ejercicio se divide el grupo en parejas. Un miembro de la pareja representará el papel del "otro yo" y el otro miembro del "yo verdadero". Paseando por el lugar donde se celebra la sesión, el "otro yo" irá detrás del "yo verdadero" expresándole toda una serie de pensamientos disfuncionales y este último practicará la desvinculación de esos pensamientos.
2. **Entrenamiento en aceptación de las sensaciones corporales (3ª parte).** Prestar atención plena al cuerpo, produciendo intencionadamente las sensaciones características de la ansiedad.
3. **Dimensión 3: Expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado (2ª parte).** Se realizan los ensayos de conducta con la situación que cada paciente ha traído preparada desde casa.
4. **Entrenamiento específico en la dimensión 3: Expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado (2ª parte).** Se lleva a cabo en el grupo los ensayos de conducta de: (1) decir no ante la petición de un amigo, y (2) decir no ante peticiones manipulativas.

SESIÓN 14. Entrenamiento en la dimensión 4: Quedar en evidencia/Hacer el ridículo. 1ª parte.

1. **Repaso sobre los valores para la vida y objetivos.**
2. **Dimensión 4: Quedar en evidencia/Hacer el ridículo.** El temor a la evaluación negativa por parte de los demás es uno de los miedos centrales, tal vez la esencia, del TAS. Este temor suele incluir conceptos como hacer el ridículo, pasar vergüenza o ser humillado.
 - *Clases de respuesta a trabajar.* En esta sesión se trabajan las estrategias básicas para afrontar las críticas.
3. **Entrenamiento específico en la dimensión 4: Quedar en evidencia/Hacer el ridículo (1ª parte).** Se practica el ensayo de conducta para responder a una crítica.
4. **Entrenamiento en desvinculación de los pensamientos: el pensamiento a cámara lenta.** En esta ocasión vamos a elegir varios pensamientos disfuncionales típicos de cuando nos hacen una crítica. Vamos a ralentizar el pensamiento emparejando cada palabra de cada frase con una parte de la respiración.
5. **Entrenamiento en aceptación de las sensaciones de ridículo.** Realizamos un ejercicio en el que imaginamos y aceptamos las sensaciones que emergen en las situaciones en las que quedamos en evidencia o hacemos el ridículo, prestando atención plena al flujo de sensaciones que se producen.

SESIÓN 15. Entrenamiento en la dimensión 4: Quedar en evidencia/Hacer el ridículo. 2ª parte

1. **Entrenamiento específico en la dimensión 4: Quedar en evidencia/Hacer el ridículo (2ª parte).** Se llevan a cabo ensayos de conducta representando situaciones difíciles y específicas de esta dimensión.
 - *Clases de respuesta a trabajar.* Se sigue trabajando el afrontamiento de las críticas.
2. **Entrenamiento en desvinculación de los pensamientos: la gran pantalla.** Se sigue practicando la desvinculación de los pensamientos, en este caso proyectando los propios pensamientos disfuncionales en una gran pantalla blanca que los pacientes imaginarán tener delante de ello.
3. **Entrenamiento en aceptación de las sensaciones de ridículo con desvinculación.** Los pacientes van a imaginar y aceptar las sensaciones que emergen en las situaciones en las que pueden quedar en evidencia o hacer el ridículo, prestando atención plena al flujo de sensaciones, utilizando la desvinculación de los pensamientos y concentrando su atención en la situación en la que están inmersos.

SESIÓN 16. Entrenamiento en la dimensión 4: Hablar en público/interacción con personas de autoridad. 1ª parte

1. **Dimensión 5: hablar en público/Interacción con personas de autoridad.** El miedo a parecer incompetente, equivocarse, quedar en evidencia, dar una imagen negativa, recibir una crítica... hacen que hablar en público sea una de la situación sociales que más ansiedad y temor puede producir en muchas personas.
 - *Clases de respuesta a trabajar.* Se abordarán tres aspectos básicos: preparación de una exposición, hablar en público y expresión de opiniones. Los dos primeros se dirigen a la situación de hablar en público y el tercero se dirige a ambas situaciones indistintamente. Esta sesión se centra en las dos primeras clases de respuesta.
2. **Entrenamiento específico en la dimensión 5: Hablar en público/Interacción con personas de autoridad (1ª parte).** Se realizan ejercicios y se ensayan conductas que tienen que ver con esta dimensión.
3. **Entrenamiento en desvinculación de los pensamientos.**
4. **Práctica de valores, atención plena y desvinculación de pensamientos.** Se realiza un ejercicio de exposición en imaginación para emplear los valores, la atención plena y la desvinculación de pensamientos en el afrontamiento de una situación relacionada con esta dimensión.

SESIÓN 17. Entrenamiento en la dimensión 4: Hablar en público/Interacción con personas de autoridad. 2ª parte

1. **Práctica de valores, desvinculación, acción opuesta y atención plena.** Utilizamos la exposición en imaginación para emplear los valores, la desvinculación, la acción opuesta y la atención plena.
2. **Dimensión 5: Hablar en público/Interacción con personas de autoridad (2ª parte).** El grupo lleva a cabo varios ensayos de conducta centrados en: (1) situaciones difíciles referidas a esta dimensión que han sido planificadas por los pacientes (en casa), y (2) situaciones de expresarse en público.
 - *Clases de respuesta a trabajar.* Se aborda la habilidad de expresar opiniones.
3. **Entrenamiento específico en la dimensión 5: Hablar en público/Interacción con personas de autoridad (2ª parte).** Se presenta un segundo grupo de situaciones ajustadas a esta dimensión. Se lleva a cabo ensayos de conducta relativos a las siguientes situaciones: (1) dar una opinión en un grupo, y (2) expresar una opinión a una persona con autoridad.

SESIÓN 18. Evaluación postratamiento en grupo

Tras revisar las tareas para casa asignadas en la sesión anterior, se lleva a cabo esta sesión dedicada, principalmente, a la revisión de los progresos que los pacientes han hecho durante los cuatro meses de tratamiento y al establecimiento de los objetivos a corto y largo plazo.

La secuencia de esta sesión es la siguiente:

1. **Revisión de los progresos personales.** La terapeuta entrega a cada miembro del grupo los objetivos personales que cada paciente rellenó durante la evaluación inicial respecto a lo que le gustaría lograr con el tratamiento. A partir de estos, se insta a los pacientes a que comenten sus logros y sus progresos en la consecución de tales objetivos.
2. **Entrega de los cuestionarios para la evaluación postratamiento.** Se entrega a cada miembro del grupo un paquete con todos los cuestionarios utilizados durante la evaluación antes del tratamiento. Los deberán traer rellenos a la siguiente sesión de evaluación individual.
3. **Emplazamiento de la entrevista ECSAS.** Se define con cada participante la fecha para la realización de la entrevista ECSAS, de forma individual, durante la semana posterior. El propósito será evaluar si los pacientes cumplen (o no) con los criterios diagnósticos para el TAS y revisar con cada persona las mejoras terapéuticas.
4. **Planificación del trabajo personal para los próximos tres meses y de la sesión de apoyo.** Se establecen los objetivos a corto y largo plazo de los pacientes enfatizando en que el mantenimiento de los logros sólo será posible mediante la práctica de las distintas estrategias desarrolladas durante el tratamiento.
5. **Evaluación del programa IMAS.** La evaluación del programa IMAS se lleva a cabo de dos maneras: una en grupo (durante la sesión) y otra individual como tarea para casa.
6. **Consolidando las habilidades aprendidas.** Se les pide a los miembros del grupo que identifiquen la mayor cantidad de situaciones sociales en las que podrán practicar durante los próximos tres meses.

SESIÓN 19. Evaluación postratamiento individual

Esta sesión, en formato individual, se dedica a pasar la entrevista ECSAS a cada uno de los pacientes participantes en el programa IMAS.

El objetivo principal de esta evaluación inmediatamente posterior a la finalización del tratamiento es obtener información sobre el estado actual del paciente en lo que respecta al TAS y valorar si cumple (o no) con los criterios diagnósticos para este trastorno según el DSM-5.

Como tareas para casa quedan los ejercicios de exposición a las situaciones sociales.

La duración de esta sesión es, aproximadamente, de una hora y media.

SESIÓN 20. Sesión de apoyo a los tres meses

Después de revisar las tareas para casa asignadas en la sesión individual con cada uno de los pacientes, se continúa con los siguientes apartados:

1. **Revisión y refuerzo de las habilidades aprendidas.** Con el objetivo de ver si los pacientes han tenido dificultades para la aplicación de lo que han aprendido durante el programa IMAS y para resolver esas posibles dificultades, se plantean varios apartados específicos:
 - Establecimiento de valores para la vida
 - Práctica con la desvinculación de los pensamientos disfuncionales
 - Práctica de la atención plena y de la aceptación
 - Funcionamiento en las cinco dimensiones de la ansiedad social.
2. **Preparación de la sesión de seguimiento a los seis meses.** Planificación de ejercicios para el repaso de los logros y dificultades en la próxima sesión. Emplazamiento de la sesión de evaluación a los seis meses.
3. **Entrega de los cuestionarios para rellenar en casa.** Se entrega a cada miembro del grupo un paquete con todos los cuestionarios utilizados durante la evaluación antes y después del tratamiento. Los cuestionarios deberán ser rellenados la semana previa a la sesión 21.
4. **Logros y dificultades después de seis meses de haber finalizado el programa IMAS.** Se recuerda a los pacientes que, durante la semana previa antes de acudir a la próxima sesión, cada uno deberá evaluar sus avances desde que empezó el programa IMAS, lo que ha aprendido y lo que cree que pueden mejorar en una serie de áreas.

SESIÓN 21. Seguimiento a los seis meses

1. **Revisión del aprendizaje conseguido y las dificultades que permanecen.** Se pregunta a los participantes por los logros que han observado durante estos meses, sobre los cambios observados en su vida revisando los distintos ámbitos y por su satisfacción con ellos. Se insta a que comparen la frecuencia de exposición a situaciones sociales que están acordes con sus valores personales.
2. **Recoger los cuestionarios del seguimiento a los seis meses.**
3. **Preparación de la sesión de seguimiento a los 12 meses.**
 - *Emplazamiento de la sesión de seguimiento a los 12 meses.* Establecer la fecha para la evaluación de los miembros del grupo a los 12 meses de finalización del programa IMAS.
 - *Entrega de cuestionarios para rellenar en casa.* Se entrega a cada miembro del grupo un paquete con todos los cuestionarios que han sido utilizados para evaluación en el programa IMAS. Estos cuestionarios deberán ser rellenados la semana previa a la sesión 22.

SESIÓN 22. Seguimiento a los 12 meses

Esta sesión es la última del programa. Se centra en la evaluación de seguimiento a los 12 meses.

Los apartados de esta sesión se describen a continuación:

1. **Revisión del aprendizaje conseguido y las dificultades que permanecen.**
2. **Recoger los cuestionarios del seguimiento a los 12 meses.**
3. **Despedida y conclusión del grupo terapéutico.**

7. PERSPECTIVAS DE TRATAMIENTO

El **tratamiento cognitivo conductual** del TAS está fuertemente consolidado, siendo una intervención empíricamente validada y constituyendo el tratamiento de elección a la hora de abordar este trastorno. Las estrategias que se utilizan habitualmente en los programas de tratamiento, como el entrenamiento en relajación, la reestructuración cognitiva, el entrenamiento en habilidades sociales y la exposición han demostrado su eficacia a través de multitud de estudios. La mayoría de los programas incluyen uno o más de estos procedimientos.

La aplicación del **programa IMAS** a pacientes diagnosticados con TAS de diversos países ha arrojado unos primeros resultados espectaculares, con una clara mejoría de los participantes tanto en los síntomas de ansiedad social como en problemas asociados. Aunque necesitamos más estudios sobre la eficacia del programa IMAS, los resultados de su aplicación obtenidos hasta ahora apuntan a una intervención altamente eficaz.

Una asignatura pendiente del área es la **prevención del TAS**. Si sabemos que un tipo de temperamento denominado inhibición conductual pudiera estar en la base del desarrollo del trastorno en parte de los pacientes, tal vez podríamos modular y controlar ese temperamento. De esta forma, no solamente evitaríamos el desarrollo de buena parte de las fobias sociales, sino que ayudaríamos probablemente a los sujetos más agresivos a ser más competentes socialmente. Una segunda consecuencia de la prevención podría ser la disminución del acoso escolar, ya que los niños inhibidos, dejarían de ser inhibidos, y los acosadores, podrían manifestar comportamientos más prosociales.

Con la mirada puesta en este último factor de la ecuación para el desarrollo de la ansiedad social, hemos desarrollado recientemente una intervención (el "**Programa HASO**") basada en el entrenamiento en habilidades sociales para prevenir al acoso escolar.

En general, las intervenciones futuras deberían dedicar un mayor esfuerzo en prevenir el desarrollo del TAS y la intervención en la infancia y primeros años de la adolescencia.

1. INTRODUCCIÓN

El trastorno de angustia y la agorafobia son problemas psicológicos graves cuya prevalencia es de las más altas en comparación con otros problemas de ansiedad o salud mental en la actualidad. Su gravedad viene derivada del elevado nivel de perturbación emocional que producen, así como el deterioro funcional, laboral y social que conllevan, tanto en las personas que los padecen, como en sus allegados.

Aunque el trastorno de angustia y la agorafobia son dos entidades diferenciadas, es usual que puedan presentarse conjuntamente. Históricamente se había considerado el problema fóbico (la agorafobia) como el foco principal de atención, considerándose los ataques de pánico indicadores de la gravedad; posteriormente esta conceptualización cambió y el trastorno de angustia empezó a verse como el trastorno primario, a partir del cual se podía desarrollar, o no, la agorafobia.

Actualmente la crisis de angustia (o ataque de pánico) se considera el elemento básico y nuclear para realizar el diagnóstico de trastorno de angustia, siendo este trastorno un factor de riesgo para el desarrollo de agorafobia. La agorafobia puede constituirse, a su vez, en un factor de riesgo potencial para el desarrollo de un trastorno de angustia.

La agorafobia se considera un síndrome independiente del trastorno de angustia.

2. DEFINICIÓN, CLASIFICACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

2.1 CARACTERÍSTICAS DEL PÁNICO Y DEL TRASTONO DE ANGUSTIA

El trastorno de angustia se caracteriza por la presencia de “crisis de angustia o ataques de pánico” recurrentes e inesperados a lo largo del tiempo, que producen una severa sensación de miedo a estar en peligro.

El ataque de pánico es el síndrome central de este trastorno y se caracteriza por la aparición de un período de intenso temor o malestar acompañado de síntomas fisiológicos y cognitivos.

En general, las crisis de angustia incluyen síntomas somáticos agudos de carácter cardiovascular, respiratorio, neurológico y gastrointestinal.

También es frecuente que durante el ataque estén presentes otros síntomas como la sudoración, y manifestaciones psicológicas como mareos, inseguridad, llanto o temor a morir.

El inicio del ataque de pánico suele ser súbito, alcanzando su máxima intensidad con rapidez, normalmente en los primeros 10 minutos.

En algunos casos las crisis se suceden en oleadas, comenzando la siguiente al poco tiempo de haber terminado la anterior, o incluso sin que haya finalizado totalmente.

En la siguiente página están los criterios del DSM-5 para el diagnóstico del pánico.

A. Ataques de pánico imprevistos recurrentes. Un ataque de pánico es la aparición súbita de miedo intenso o de malestar intenso que alcanza su máxima expresión en minutos y durante este tiempo se producen cuatro (o más) de los síntomas siguientes:

Nota: La aparición súbita se puede producir desde un estado de calma o desde un estado de ansiedad.

1. Palpitaciones, golpeteo del corazón o aceleración de la frecuencia cardíaca.
2. Sudoración.
3. Temblor o sacudidas.
4. Sensación de dificultad para respirar o de asfixia.
5. Sensación de ahogo.
6. Dolor o molestias en el tórax.
7. Náuseas o malestar abdominal.
8. Sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo.
9. Escalofríos o sensación de calor.
10. Parestesias (sensación de entumecimiento o de hormigueo).
11. Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (separarse de uno mismo).
12. Miedo a perder el control o de "volverse loco."
13. Miedo a morir.

Nota: Se pueden observar síntomas específicos de la cultura (p. ej., acúfenos, dolor de cuello, dolor de cabeza, gritos o llanto incontrolable). Estos síntomas no cuentan como uno de los cuatro síntomas requeridos.

B. Al menos a uno de los ataques le ha seguido un mes (o más) de uno o los dos hechos siguientes:

1. Inquietud o preocupación continua acerca de otros ataques de pánico o de sus consecuencias (p. ej., pérdida de control, tener un ataque de corazón, "volverse loco").
2. Un cambio significativo de mala adaptación en el comportamiento relacionado con los ataques (p. ej., comportamientos destinados a evitar los ataques de pánico, como evitación del ejercicio o de las situaciones no familiares).

C. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo, trastornos cardiopulmonares).

D. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., los ataques de pánico no se producen únicamente en respuesta a situaciones sociales temidas, como en el trastorno de ansiedad social; en respuesta a objetos o situaciones fóbicas concretos, como en la fobia específica; en respuesta a obsesiones, como en el trastorno obsesivo-compulsivo; en respuesta a recuerdos de sucesos traumáticos, como en el trastorno de estrés postraumático; o en respuesta a la separación de figuras de apego, como en el trastorno de ansiedad por separación).

Nota: Los síntomas se presentan con el propósito de identificar un ataque de pánico; sin embargo, el ataque de pánico no es un trastorno mental y no se puede codificar. Los ataques de pánico se pueden producir en el contexto de cualquier trastorno de ansiedad, así como en otros trastornos mentales (p. ej., trastornos depresivos, trastorno por estrés postraumático, trastornos por consumo de sustancias) y en algunas afecciones médicas (p. ej., cardíacas, respiratorias, vestibulares, gastrointestinales). Cuando se identifica la presencia de un ataque de pánico, se ha de anotar como un especificador (p. ej., "trastorno de estrés postraumático con ataques de pánico"). En el trastorno de pánico, la presencia de un ataque de pánico está contenida en los criterios para el trastorno y el ataque de pánico no se utiliza como un especificador. La aparición súbita de miedo intenso o de malestar intenso que alcanza su máxima expresión en minutos y durante este tiempo se producen cuatro (o más) de los síntomas siguientes:

Nota: La aparición súbita se puede producir desde un estado de calma o desde un estado de ansiedad.

1. Palpitaciones, golpeteo del corazón o aceleración de la frecuencia cardíaca.
2. Sudoración.
3. Temblor o sacudidas.
4. Sensación de dificultad para respirar o de asfixia.
5. Sensación de ahogo.
6. Dolor o molestias en el tórax.
7. Náuseas o malestar abdominal.
8. Sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo.
9. Escalofríos o sensación de calor.
10. Parestesias (sensación de entumecimiento o de hormigueo).
11. Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (separarse de uno mismo).
12. Miedo a perder el control o a "volverse loco."
13. Miedo a morir.

Nota: Se pueden observar síntomas específicos de la cultura (p. ej., acúfenos, dolor de cuello, dolor de cabeza, gritos o llanto incontrolable). Estos síntomas no cuentan como uno de los cuatro síntomas requeridos.

Según el DSM-5 el Trastorno de Angustia se diagnostica a partir de:

1. La presencia de crisis de angustia recurrentes e inesperadas
2. Al menos, uno de los siguientes síntomas (durante un mes o más):
 - Preocupación constante por la posible aparición de nuevos ataques o por las consecuencias de estos.
 - Cambios significativos de carácter desadaptativo en el comportamiento como consecuencia del ataque de pánico.

Además, el diagnóstico de trastorno de angustia requiere excluir otras posibles alternativas (criterios C y D), dado que las crisis de angustia podrían presentarse como consecuencia de problemas médicos.

De los **criterios** expuestos se deduce que en el trastorno de angustia existen 2 componentes básicos:

1. La presencia de los ataques de pánico o crisis de angustia
2. La preocupación creciente por sus consecuencias y su falta de predictibilidad.

El miedo característico del trastorno de angustia se refiere al peligro que supone enfrentarse con el propio ataque de pánico que, al manifestarse con una amplia e intensa sintomatología fisiológica, induce en la persona la sensación de que pueden producirse graves consecuencias. De esta forma, se desarrolla una respuesta de ansiedad anticipatoria.

Se han propuesto distintos **subtipos de trastornos de pánico** sobre la base de sus signos y síntomas:

1. Respiratorios
2. Nocturnos
3. Sin miedo
4. De sintomatología cognitiva
5. De sintomatología vestibular

Los **síntomas respiratorios** parecen ser los mejores marcadores para clasificar este tipo de trastornos y parece constituir una entidad bien diferenciada de los demás.

Un subtipo para considerar es el conocido como **trastorno de angustia sin miedo**. Según a los **criterios del DSM-5**, no es necesaria la existencia de sensación de miedo elevado para el diagnóstico de ataque de pánico, sino simplemente la existencia de un malestar intenso, siendo la presencia de la sintomatología fisiológica el elemento diagnóstico fundamental. Este subtipo puede suponer entre el 20% y el 40% de los trastornos de angustia identificados en algunas poblaciones.

A pesar de lo que pueda parecer, la **presencia de un arousal autónómico** intenso como rasgo distintivo de las crisis de angustia resulta un criterio diagnóstico de validez limitada.

La **predictibilidad de los ataques de pánico** es también un aspecto polémico, y que, aunque los criterios diagnósticos contemplan la ocurrencia de crisis inesperadas, la repetición de las crisis puede conducir a que quede asociadas a ciertas situaciones, pasando así a ser predecibles y esperadas.

Probablemente el **ejemplo más extremo** de la **falta de predictibilidad y espontaneidad** en cuanto al surgimiento de los ataques pánico sean las crisis de **angustia nocturnas** (en pleno sueño). Este tipo de ataques se suelen dar fuera de las fases REM y aparecen de forma regular en un porcentaje importante de los pacientes con trastorno de angustia. Se ha propuesto como explicación para este fenómeno una **hipótesis de carácter cognitivo** que implica la activación de un sistema de detección de estímulos significativos mientras dormimos. De esta forma, si una persona es capaz de captar una señal externa tenue pero significativa, también es posible que podamos captar señales internas, como cambios corporales.

Entre el 18% y el 33% de pacientes con trastorno de angustia sufren este tipo de ataques.

2.2 CARACTERÍSTICAS DE LA AGORAFOBIA

La principal característica de la agorafobia es la aparición de ansiedad en situaciones o lugares en los que sería difícil escapar o disponer de ayuda en caso de necesidad y, junto a ello, la evitación o limitación de la permanencia en dichas situaciones.

CRITERIOS DIAGNOSTICOS SEGÚN EL DSM-5

- A. Miedo o ansiedad intensa acerca de dos (o más) de las cinco situaciones siguientes:
 - 1. Uso del transporte público (p. ej., automóviles, autobuses, trenes, barcos, aviones).
 - 2. Estar en espacios abiertos (p. ej., zonas de estacionamiento, mercados, puentes).
 - 3. Estar en sitios cerrados (p. ej., tiendas, teatros, cines).
 - 4. Hacer cola o estar en medio de una multitud.
 - 5. Estar fuera de casa solo.
- B. El individuo teme o evita estas situaciones debido a la idea de que escapar podría ser difícil o podría no disponer de ayuda si aparecen síntomas tipo pánico u otros síntomas incapacitantes o embarazosos (p. ej., miedo a caerse en las personas de edad avanzada; miedo a la incontinencia).
- C. Las situaciones agorafóbicas casi siempre provocan miedo o ansiedad.
- D. Las situaciones agorafóbicas se evitan activamente, requieren la presencia de un acompañante o se resisten con miedo o ansiedad intensa.
- E. El miedo o la ansiedad es desproporcionado al peligro real que plantean las situaciones agorafóbicas y al contexto sociocultural.
- F. El miedo, la ansiedad o la evitación es continuo, y dura típicamente seis o más meses.
- G. El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- H. Si existe otra afección médica (p. ej., enfermedad intestinal inflamatoria, enfermedad de Parkinson), el miedo, la ansiedad o la evitación es claramente excesiva.
- I. El miedo, la ansiedad o la evitación no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental -por ejemplo, los síntomas no se limitan a la fobia específica, a la situación; no implican únicamente situaciones sociales (como en el trastorno de ansiedad social); y no están exclusivamente relacionados con las obsesiones (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), defectos o imperfecciones percibidos en el aspecto físico (como en el trastorno dismórfico corporal), recuerdo de sucesos traumáticos (como en el trastorno de estrés postraumático) o miedo a la separación (como en el trastorno de ansiedad por separación).

Nota: Se diagnostica agorafobia independientemente de la presencia de trastorno de pánico. Si la presentación en un individuo cumple los criterios para el trastorno de pánico y agorafobia, se asignarán ambos diagnósticos.

Las personas con trastorno de angustia pueden llegar a desarrollar una agorafobia. La experiencia de una crisis de angustia resulta aterradora, sin embargo, la **ansiedad anticipatoria** resulta el elemento más perturbador. La sensación de peligro físico y sobre todo de descontrol que conlleva este problema puede conducir a tratar de evitar cualquier indicio físico o ambiental que pueda estar relacionado con su aparición. De esta forma, el paciente con crisis de angustia tiende a evitar los síntomas corporales que interpreta como señales de comienzo de una crisis, así como lugares donde la crisis ha aparecido o, aunque no haya aparecido, dónde las consecuencias de su aparición puedan ser catastróficas o dañinas.

En la agorafobia el núcleo del miedo es el temor a sufrir un ataque de pánico o la anticipación de elevados niveles de ansiedad y malestar en determinadas situaciones. Este núcleo del miedo es el que se ha dado en llamar **miedo al miedo**.

Las situaciones que de forma más habitual son evitadas por los agorafóbicos son los lugares públicos, los lugares cerrados, medios de transporte, etc. Todos tienen en común la dificultad percibida para escapar o conseguir ayuda.

En algunos casos de agorafobia no llega a darse totalmente la evitación, sino que la persona sí se expone a las situaciones temidas, pero lo hace de forma limitada y a costa de un gran malestar. En estos casos los pacientes suelen desarrollar una serie de **conductas de seguridad** que tienen un efecto paliativo a corto plazo, pero refuerzan el miedo al impedir que se desconfirman las expectativas dramáticas.

2.3 EPIDEMIOLOGÍA

La ocurrencia de crisis de angustia no es exclusiva del trastorno de angustia; de hecho, en la población general la ocurrencia ocasional de ataques de pánico puede cifrarse entre el 3% y el 5%.

La prevalencia del **trastorno de angustia** ha sido estudiada en amplias muestras de población de muy diversos países con porcentajes que oscilan entre el 1,5% y el 3,5%; en estos estudios el riesgo de padecer el trastorno se considera 2 veces mayor en las mujeres que en los varones.

Aunque la edad de inicio varía considerablemente, suele presentar una **distribución bimodal**, siendo lo más frecuente que se inicie al final de la adolescencia o bien en la mitad de la 4ª década de la vida. Rara su aparición en la última etapa del ciclo vital.

Sin embargo, los adultos mayores con un patrón de bebida recurrente parecen tener un mayor riesgo de padecimiento de un trastorno de pánico, aunque se necesitan futuros estudios longitudinales para determinar la trayectoria de incidencia del trastorno de pánico asociada al consumo de alcohol a lo largo de la vida.

Respecto a la **agorafobia**, los estudios informan de una edad media de inicio en torno a 20 años. Los datos de incidencia se estiman alrededor de 1,7%, con picos de incidencia durante los últimos años de la adolescencia o primeros años de la vida adulta. En cuanto a la prevalencia, se estima que a lo largo de la vida es del 6,7% y una prevalencia mensual del 2,3%, siendo mucho más frecuente en las mujeres (7,9%) que en los varones (3,2%).

Una buena parte de los individuos que acuden a consulta por un problema de agorafobia presentan un trastorno de angustia comórbido y que en el 23% de los casos de agorafobia estudiados, la agorafobia precedía a la crisis de angustia inicial. No obstante, algunos de estos datos proceden de estudios retrospectivos que pueden plantear dudas sobre la fiabilidad de la información obtenida.

3. MODELOS ETIOLÓGICOS

En los últimos 50 años se han venido desarrollando numerosas investigaciones con el fin de establecer la etiología y los procesos de desarrollo y mantenimiento del trastorno de angustia. Aunque los primeros estudios se centraron en identificar el proceso fisiológico que subyacía al pánico desde una perspectiva fundamentalmente biologicista, pronto se comenzó a considerar este enfoque como insuficiente, produciéndose un viraje hacia modelos de carácter psicobiológico.

Uno de los aspectos más importantes en el estudio del origen del trastorno de pánico y la agorafobia es la **vulnerabilidad**. Esta vulnerabilidad se conceptualiza en el marco de la teoría de la triple vulnerabilidad a la ansiedad:

1. La dotación genética de un individuo constituiría la **vulnerabilidad biológica** al desarrollo de ansiedad.
2. **Una vulnerabilidad psicológica generalizada**, caracterizada por la tendencia a experimentar ansiedad y estados afectivos negativos, junto a una sensación de control disminuida originada a partir de experiencias tempranas.
3. **Una vulnerabilidad psicológica específica** daría cuenta del desarrollo del trastorno de angustia o de la agorafobia, es decir, determinadas experiencias de aprendizaje focalizan la ansiedad en áreas relevantes al trastorno concreto.

FACTORES DE VULNERABILIDAD	FACTORES DE MANTENIMIENTO
Genética y temperamento	Condicionamiento interoceptivo
Sensibilidad a la ansiedad	La interpretación catastrófica de las sensaciones corporales
Historia de enfermedades médicas	
Experiencia de abuso e influencia del entorno	
Conciencia interoceptiva	
Inicio de las crisis de angustia	

3.1 FACTORES DE VULNERABILIDAD

1. Genética y temperamento

El rasgo temperamental más asociado a los trastornos de ansiedad es el **neuroticismo o predisposición a experimentar emociones negativas en respuesta a estímulos estresantes**. Un constructo muy ligado al neuroticismo es el de **afectividad negativa**, que puede definirse como la tendencia a experimentar una gran variedad de emociones negativas a lo largo de diversas situaciones. Parece existir una tendencia heredable al neuroticismo ya que en diversos estudios se atribuye a **factores genéticos un porcentaje entre el 30% y el 50% de la varianza del neuroticismo**. En la agorafobia del 61%.

2. Sensibilidad a la ansiedad: su papel en el trastorno de angustia y la agorafobia

El **"miedo al miedo"** es específico del trastorno de angustia, y de algunas formas de agorafobia.

La sensibilidad a la ansiedad podría definirse como la creencia de que la ansiedad y los síntomas asociados pueden tener graves consecuencias físicas, psicológicas y sociales, más allá del malestar inmediato que produce un episodio de ansiedad.

La sensibilidad a la ansiedad procede de la **Teoría de la Expectativa de la Ansiedad** quienes la definen como: **el miedo a las sensaciones y síntomas relacionados con la ansiedad, basado en la creencia de que dichas sensaciones y síntomas tienen consecuencias físicas, psicológicas y sociales dañinas para el individuo**.

Diversas investigaciones muestran la **existencia de una relación entre la sensibilidad a la ansiedad y el trastorno de angustia**. Así, se ha identificado una **relación longitudinal**, convirtiendo a la sensibilidad a la ansiedad en un factor de riesgo para el trastorno de angustia.

3. Historia de enfermedades médicas

El **padecimiento de una enfermedad médica** ha sido también considerado como un **factor de vulnerabilidad específico al desarrollo del trastorno de angustia**. La experiencia de problemas respiratorios, unida a una pobre salud parental, puede predecir el inicio de un trastorno de angustia a la edad de 18-21 años.

Existencia de más problemas respiratorios en los pacientes con trastorno de angustia en comparación con pacientes diagnosticados con otros trastornos de ansiedad.

Así mismo, **también aparece como probable la existencia de una relación específica entre pánico y trastornos cardiovasculares**. Por otra parte, **fumar se considera un factor de riesgo para el padecimiento de ataques de pánico**.

4. Experiencia de abuso e influencia del entorno

Las experiencias de abuso físico y sexual parecen también jugar un papel en la vulnerabilidad al trastorno de angustia. Es un **hecho frecuente la presencia de estresores identificables en los 6 meses anteriores al primer ataque de pánico**. Los eventos negativos durante la niñez también parecen constituir factores de riesgo para el inicio de una agorafobia

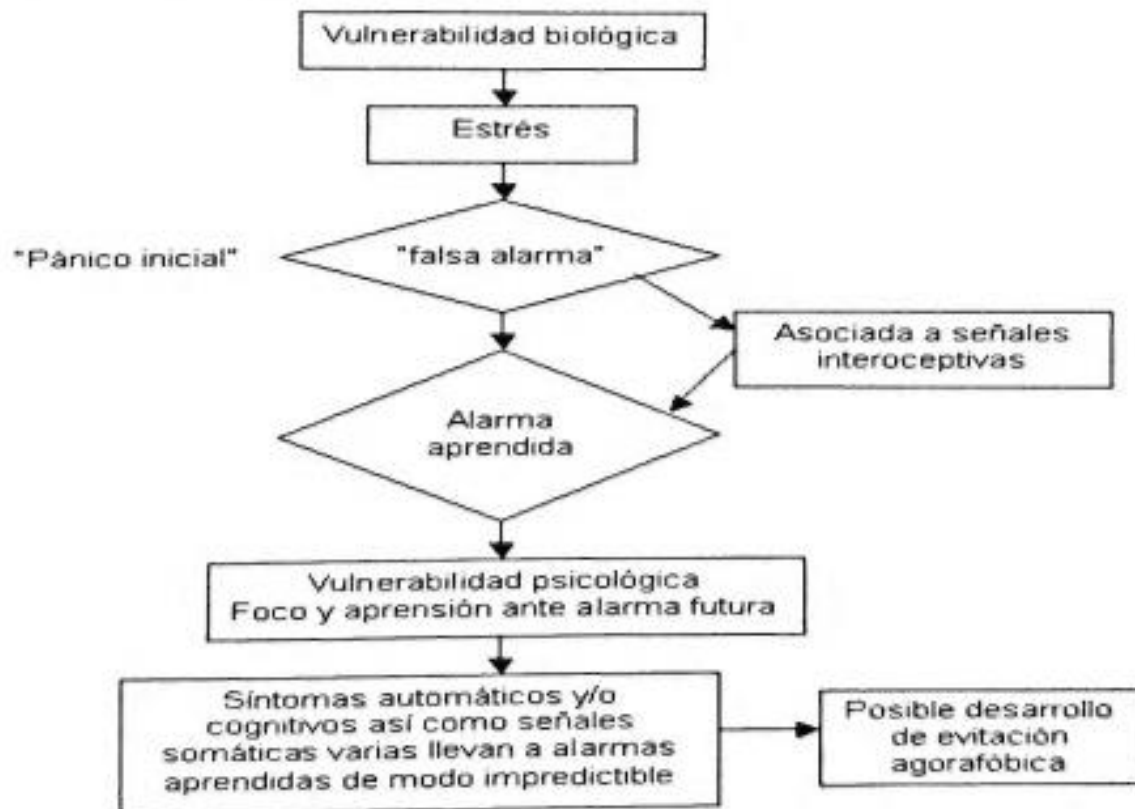
5. Conciencia interoceptiva

En general, parece que los pacientes con trastorno de angustia, así como las personas con ataques de pánico no clínicos, suelen tener una **conciencia incrementada de las sensaciones somáticas**, o bien una **especial habilidad para detectarlas**. La habilidad para detectar el latido cardíaco parece una variable relativamente estable en estos pacientes

6. Inicio de las crisis de angustia

El denominador común de los primeros ataques de pánico suele ser el hecho de que las **sensaciones corporales experimentadas suponen una amenaza**. Posiblemente la **preocupación por no poder escapar o estar lejos de un entorno seguro**, sean ideas que predispongan al desarrollo posterior de una agorafobia.

El Modelo de Etiología del Pánico de Barlow (1988) integra los factores, tanto de vulnerabilidad biológica como psicológica, que parecen estar implicados en el desarrollo del pánico y de la evitación agorafóbica consecuente.



3.2 FACTORES DE MANTENIMIENTO

1. Condicionamiento interoceptivo

El concepto de **miedo al miedo** implica el desarrollo de una respuesta emocional de ansiedad, acompañada de pensamientos sobre las consecuencias dañinas de la crisis de angustia. Esta respuesta se manifiesta en presencia de sensaciones corporales que son interpretadas por el sujeto como el inicio del ataque de pánico. Con el tiempo las sensaciones corporales que producirán nuevas respuestas condicionadas de ansiedad. De esta forma, las respuestas fisiológicas durante el transcurso de un primer ataque de pánico quedarían condicionadas y bastarían por sí solas para desencadenar nuevos ataques de pánico, aún en presencia de niveles moderados de ansiedad.

El modelo de CC interoceptivo para las crisis de angustia, establece que los ataques de pánico se mantienen a través de un proceso de atención selectiva a determinadas señales corporales, atención potencia la activación autonómica ante esas señales internas.

Las implicaciones que tiene el condicionamiento interoceptivo sobre la crisis de pánico:

1. El pánico puede ocurrir en respuesta a señales internas muy sutiles o sensaciones físicas que pueden presentarse en cualquier momento.
2. La ocurrencia del pánico por razones no inmediatamente aparentes puede desembocar en una mala interpretación e intensificación del miedo.
3. Las actividades que producen sensaciones asociadas con la activación del SNA (ejercicio, excitación, etc.).
4. Las actividades que promueven una focalización en sensaciones.

2. La interpretación catastrófica de las sensaciones corporales

Desde una perspectiva cognitiva se propone que el trastorno de angustia se instaura mediante un proceso de interpretación catastrofista de las sensaciones corporales. Las personas con trastorno de angustia interpretan las diferentes sensaciones somáticas como un signo inequívoco de la inminencia de un infarto, desmayo, pérdida de control, etc. Esta interpretación favorece un circuito de feedback positivo de la ansiedad que puede desembocar en un nuevo ataque. No explica los ataques durante el sueño.

Los pacientes con trastorno de angustia poseen ideas muy arraigadas acerca de que las sensaciones que acompañan una crisis de angustia causarán daño físico o mental. Estas cogniciones pueden convertirse en estímulos condicionados que desencadenen respuestas de ansiedad y pánico. Los resultados apuntan que las cogniciones catastrofistas pueden ser suficientes, aunque no siempre necesarias, para inducir ataques de pánico.

La angustia por las sensaciones corporales genera un mayor malestar a través de diversos mecanismos:

1. La activación autonómica generada por la propia percepción de las respuestas fisiológicas de miedo intensifica las señales temidas, generando, a su vez, una mayor activación ante su percepción.
2. Las señales que originan las crisis de angustia no son inmediatamente obvias, por lo que éstas pueden percibirse como inesperadas e impredecibles, lo que causa aún mayor angustia.
3. La falta de control percibido o la inhabilidad para escapar o terminar con las sensaciones.
4. La interpretación catastrofista de los síntomas genera mayor activación autonómica, que valida las cogniciones.
5. La anticipación ansiosa incrementa también la probabilidad de un ataque de pánico, ya que puede aumentar la presencia de las sensaciones o la vigilancia de estas señales corporales, o bien las cogniciones distorsionadas. Se establece un ciclo de mantenimiento.

Hay que destacar el papel de las conductas de evitación, tanto explícitas como aquellas más sutiles (conductas de seguridad), en el mantenimiento de las creencias negativas sobre las sensaciones corporales.

En los casos en que la ansiedad anticipatoria se genera en relación con situaciones en las que la ocurrencia de la crisis de angustia puede percibirse como especialmente problemática, resulta más probable el desarrollo de conductas agorafóbicas.

4. EVALUACIÓN DEL TRASTORNO DE ANGUSTIA Y LA AGORAFOBIA

4.1 LA ENTREVISTA

En la intervención en los trastornos de angustia y agorafobia lo normal es que el primer acercamiento a la problemática del paciente se realice a través de la entrevista. Los datos obtenidos se complementarán, además, con otra información procedente de instrumentos psicométricos y auto-registros.

A continuación, se detallan aspectos que deberían explorarse durante la entrevista en el trastorno de angustia:

1. **Descripción de las crisis de ansiedad o ataques de pánico:** explorar los síntomas que normalmente se presentan; establecer si predominan los síntomas autonómicos o los de carácter más cognitivo.
2. **Aspectos topográficos de la crisis:** frecuencia, duración e intensidad de los síntomas y ansiedad percibida
3. **Situaciones en que suelen ocurrir las crisis:** establecer hasta qué punto son espontáneos; explorar la existencia de pánico nocturno; analizar de forma más detallada las condiciones de aparición del último ataque y de aquel que recuerde de forma más vívida o que fue más significativa.
4. **Ansiedad anticipatoria:** explorar su intensidad e interferencia diaria.
5. **Situaciones evitadas a causa de las crisis o por el malestar experimentado:** averiguar frecuencia y gravedad de las conductas de evitación
6. **Si no hay evitación, grado de malestar al permanecer en ciertas situaciones.**
7. **Investigar la evitación de actividades para no generar síntomas corporales**

8. **Cogniciones respecto a la ansiedad y a las situaciones temidas.**
9. **Conductas de seguridad:** qué hace para manejar o prevenir las consecuencias amenazantes asociadas con la crisis de angustia.
10. **Historia y desarrollo del problema de angustia y agorafóbico.**
11. **Variables de personalidad:** evaluar sensibilidad a la ansiedad, locus de control sobre salud...
12. **Variables personales:** habilidades sociales, asertividad, habilidad en la resolución de problemas...
13. **Variables ambientales:** contexto familiar, social y laboral.
14. **Consecuencias del problema** sobre el contexto familiar, social y laboral.
15. **Intentos de control del problema de forma autónoma.**
16. **Tratamientos previos y actuales** realizados para superar el problema y resultados logrados.
17. **Expectativas y motivación** ante el tratamiento psicológico: qué resultados y cómo lograrlos.
18. **Posibles trastornos psicológicos comórbidos y/o problemas médicos** que puedan estar relacionados.
19. **Valorar estado de ánimo del paciente** y si hay sentimientos de indefensión y desesperanza.

Entre los **aspectos específicos** que deben explorarse en el caso de una **agorafobia** deben tenerse en cuenta los siguientes:

1. **Contextos que producen inquietud, miedo o malestar.**
2. **De esos escenarios, cuáles son los que más teme,** preguntando específicamente por las situaciones agorafobias que suelen ser más frecuentes:
 - **Medios de transporte**
 - **Alejarse de casa o estar en casa solo**
 - **Sitios concurridos**
 - **Espacios cerrados**
 - **Espacios abiertos**
 - **Ascensores**
 - **Lugares altos y/o puentes**
 - **Conducir un coche o viajar en él**
 - **Caminar por la calle**
3. Explorar **que ocurre en esas situaciones** o ante la probabilidad de ocurrencia de estas:
 - Cuál es la **sensación que experimenta** cuando está en dichas situaciones o cuando piensa en poder estar en ellas **Si evita estar solo** en alguna de las situaciones.
 - **Si puede permanecer en ellas cuando está acompañado por una persona de confianza.**
 - **Cuáles son las situaciones temidas que sí pueda afrontar.**
 - **Como enfrenta dichas situaciones temidas.**
 - **Cuáles son los pensamientos más frecuentes.** Hay que tener en cuenta a veces la persona afectada no tiene claro qué es aquello que concretamente teme- Si es así, será necesario utilizar un auto-registro cognitivo para detectarlo.

4.2 CUESTIONARIOS Y AUTOINFORMES

Cuestionarios generales

- **Cuestionario de Miedos (FQ):** Es un cuestionario de 22 ítems que proporciona 4 medidas y cuenta con 2 ítems de tipo abierto:
 1. Nivel de evitación (0-8) respecto a la fobia o miedo principal del cliente.
 2. Puntuación total del nivel de evitación (0-8) de 15 situaciones pertenecientes a 3 subescalas: agorafobia, fobia social y fobia a la sangre/heridas.
- **Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).** Este inventario consta de 21 ítems sobre sintomatología somática de la ansiedad. Desarrollado con el propósito principal de discriminar entre ansiedad y depresión, los autores recomiendan su utilización como apoyo de otros instrumentos de evaluación.
- **Inventario Estado-Rasgo de Ansiedad (STAI).** Puede que sea el cuestionario de ansiedad más conocido y utilizado. Desarrollado en el ámbito del estudio de la personalidad, siendo uno de los instrumentos más utilizados en el ámbito clínico. Aporta información acerca de la sensación aprensión, tensión, nerviosismo.

Cuestionarios específicos para trastorno de angustia y/o agorafobia

- **Inventario de Movilidad para la Agorafobia (MI).** Consta de 28 ítems para medir la conducta de evitación agorafóbica y la frecuencia e intensidad de los ataques de pánico. El paciente debe calificar la intensidad de la evitación (1-5) en 26 situaciones (más una final de tipo abierto) cuando está solo y cuando está acompañado. Un ítem final define el ataque de pánico y pregunta su frecuencia en los últimos 7 días y 3 últimas semanas.
- **Escalas de Autoeficacia para la Agorafobia (SESA).** Consta de 15 escalas, dividida cada una de ellas en 5 pasos. El paciente debe calificar el grado en que cree que es capaz de ejecutar cada paso, solo o acompañado. Para cada escala se calculan 2 puntuaciones:
 1. Nivel de autoeficacia: número de pasos calificados con una puntuación de 20 o más.
 2. Fuerza de la autoeficacia: media de las 5 puntuaciones de autoeficacia.
- **Cuestionario de Cogniciones Agorafóbicas (ACQ) y Cuestionario de Sensaciones Corporales (BSQ).** Son 2 cuestionarios usados para medir el miedo al miedo. El 1º consta de 14 ítems y mide la frecuencia con la que el paciente tiene pensamientos catastróficos acerca de las consecuencias de la ansiedad. El 2º consta de 17 ítems y mide el grado en que el sujeto tiene miedo a diversas sensaciones corporales asociadas con la ansiedad.
- **Cuestionario de Ataques de Pánico (PAQ).** Evalúa diversos aspectos de los ataques de pánico experimentados durante las últimas semanas, así como el miedo o la preocupación sobre los ataques de pánico futuros. El paciente debe indicar en relación con las 2 últimas semanas: La intensidad de los ataques de pánico y la intensidad de los síntomas de pánico enumerados por el DSM-IV.
- **Escala de Autovaloración del Cambio.** Valoración en una escala (0-8) cómo se encuentra en general respecto a sus problemas agorafóbicos y de pánico en comparación con su estado antes del tratamiento. La misma escala es utilizada para valorar, en un 2º ítem, cada una de las conductas-objetivo seleccionadas y, en un 3º, los ataques de pánico.

Cuestionarios generales	Cuestionarios específicos
Cuestionario de Miedos (FQ)	Inventario de Movilidad para la Agorafobia (MI)
Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)	Escalas de Autoeficacia para la Agorafobia (SESA)
Inventario Estado-Rasgo de Ansiedad (STAI)	Cuestionario de Cogniciones Agorafóbicas (ACQ) y Cuestionario de Sensaciones Corporales (BSQ)
	Cuestionario de Ataques de Pánico (PAQ)
	Escala de Autovaloración del Cambio

4.3 AUTO-REGISTROS

a obtención de datos retrospectivos sobre las crisis de angustia a través de las entrevistas o cuestionarios puede dar lugar, al menos en el pretratamiento, a una deformación significativa por exceso en la valoración de los ataques de pánico en comparación con los datos recogidos mediante auto-registro concurrente. Además, el déficit de fiabilidad de la información retrospectiva puede contribuir a incrementar la aprensión ansiosa, y a su vez dar lugar a una magnificación artificial de los efectos posteriores del tratamiento.

Por estos motivos es recomendable utilizar auto-registros durante el periodo de evaluación y tratamiento. Además, su uso contribuye a desarrollar una auto-conciencia más ajustada.

Un auto-registro específico para el trastorno de angustia debería incluir categorías como:

Fecha y hora	Situación desencadenante	Crisis ¿esperada o no?	Sintomatología somática	Pensamientos durante el ataque
Hora	Señales asociadas al comienzo del ataque	Grado de ansiedad	Duración	Conducta

Debería rellenarse inmediatamente después de una crisis de angustia. Además, es útil proponer un 2º auto-registro diario de estados de ánimo. Además, pueden registrar diariamente actividades y situaciones evitadas o afrontadas.

Uno de los principales problemas con los auto-registros es la falta de cumplimiento. En ciertos casos se debe a no haber entendido la lógica que subyace a su uso o simplemente infravalorar su utilidad. Sin embargo, en el caso del trastorno de angustia suele ser frecuente que la falta de cumplimiento se deba a la anticipación de una elevación de la ansiedad como resultado de la monitorización.

Esto es especialmente cierto en aquellos pacientes cuya estrategia básica de afrontamiento del problema es la distracción y la evitación. En estos casos es útil explicar a los pacientes que, aunque temporalmente la ansiedad se pueda incrementar, lo cierto es que irá descendiendo a medida que la actividad de monitorización se haga más frecuente.

La revisión sistemática de los auto-registros al comienzo de cada una de las sesiones es una forma de reforzar el cumplimiento de esta actividad.

5. TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DE ANGUSTIA Y LA AGORAFOBIA: LAS TRES GENERACIONES DE LA TCC.

Los años 80 fueron la expresión de los procedimientos típicos de la **primera generación**. En ese momento, la **exposición in vivo** se consideraba el ingrediente esencial en el tratamiento del trastorno de angustia y agorafobia.

La ausencia de una eficacia o efectividad más extendida de la forma de proceder de la primera generación, y sus dificultades para explicar dicha carencia, dieron lugar a que, poco a poco, se sucedieran **nuevos desarrollos teóricos y propuestas terapéuticas que combinaban la exposición in vivo con la exposición interoceptiva y técnicas cognitivas**. Añadir estos elementos al tratamiento supuso la entrada en la **segunda generación**.

Los modelos cognitivos consideran que quienes sufren ataques de pánico creen que las sensaciones corporales percibidas son una señal que precede o desencadena un evento valorado como grave. Es decir, cuando aparece un estímulo externo y/o interno que es juzgado como una amenaza, se generará un estado de miedo intenso acompañado de sensaciones físicas consideradas graves por el individuo, junto con la idea de que le va a ocurrir algo peligroso. Esta idea retroalimentaría el pánico.

Esta conceptualización ha supuesto una mejora más que significativa de la eficacia del tratamiento psicológico.

Los programas de tratamiento psicológico actuales para pánico y agorafobia que se caracterizan por una elevada tasa de éxito siguen siendo propios de la segunda generación de la TCC, considerándose la primera línea de intervención.

Los protocolos de intervención que han recogido mayor evidencia empírica son el programa de **terapia cognitiva para trastorno de angustia del grupo de D. Clark** y el **programa de tratamiento para el control del pánico de D. Barlow**.

En la práctica, estos dos enfoques de tratamiento resultan muy similares pues los procedimientos son esencialmente los mismos, únicamente **difieren en parte de la conceptualización del trastorno y en la lógica que guía el uso de algunos procedimientos como la exposición**.

Quizá la **diferencia más notable entre ambos enfoques** es que en el programa del **grupo de Barlow se insiste en la exposición a las sensaciones interoceptivas**, mientras que en el programa del grupo de Clark se da un mayor énfasis a **la detección y reestructuración de las cogniciones catastrofistas**.

En los últimos años han aparecido otros enfoques terapéuticos dirigidos a intentar optimizar los tratamientos cognitivo-conductuales convencionales, bien modificando la intensidad o la extensión de las intervenciones, bien diseñando el tratamiento desde una conceptualización diferente de los trastornos de ansiedad, este es el caso de la **tercera generación de TCC**.

La tercera generación **parte del principio ineludible de que el sufrimiento es parte integrante de la vida e intentar suprimirlo puede convertirse en un problema**. En el trastorno de pánico y la agorafobia hay un importante elemento que estaría en la **base del mantenimiento de estos problemas: la evitación**. La eliminación del malestar, o la **prevención de su ocurrencia**, se convierte en un potente refuerzo negativo para la conducta de evitación.

La **diferencia** con respecto a las generaciones anteriores es el **modelo que guía la utilización de estas técnicas**.

Entre las contribuciones específicas de la Tercera Generación de TCC se encuentra:

- **Terapia cognitivo-conductual de aceptación incrementada para el pánico:** Esta intervención se ha desarrollado tratando de **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 (ACT)** a protocolos cognitivo-conductuales. Esta terapia **incorpora al procedimiento cognitivo-conductual estándar técnicas con ejercicios de mindfulness, y la discusión acerca de la importancia de incluir o incrementar actividades valiosas frente a la ansiedad**.
- **Terapia Cognitiva Basada en la Atención Plena:** La Terapia Cognitiva Basada en la Atención Plena en combinación con farmacoterapia se ha sugerido como una buena opción de tratamiento para el trastorno de pánico, sin embargo, queda por establecer su efectividad real a largo plazo.

5.1 PROGRAMA DE TERAPIA COGNITIVA PARA EL TRASTORNO DE ANGUSTIA DE CLARK

El programa de Clark se basa en una formulación cognitiva del problema de pánico según la cual la **recurrencia de las crisis de angustia se debe a la tendencia a interpretar de forma errónea y catastrófica las sensaciones corporales**. Estas interpretaciones erróneas **dan lugar a una elevación de la ansiedad, que a su vez incrementa la sintomatología somática, favoreciendo el círculo vicioso que culmina en una crisis de angustia o ataque de pánico**.

Este protocolo **incluye varios componentes terapéuticos dirigidos a ayudar al afectado a identificar y someter a prueba la adecuación de sus interpretaciones, sustituyéndolas por otras más realistas**. Todas las técnicas que utiliza tienen como **objetivo la reestructuración de las ideas erróneas**.

El protocolo **contiene un componente educativo** que pretende explicar lo que ocurre durante una crisis de angustia. Por otra parte, se maneja un importante **componente cognitivo** a través del que se ayuda a la persona afectada a **identificar y retar las interpretaciones erróneas**. El programa incluye también **procedimientos conductuales** como la **exposición interoceptiva a través de la realización de pequeños experimentos**.

Finalmente, el programa utiliza una serie de **tareas para casa** en las que el paciente, además de registrar diariamente las crisis de angustia junto a los pensamientos negativos y las respuestas racionales, debe llevar a cabo una serie de ejercicios como los experimentos comportamentales indicados o como el entrenamiento en **respiración lenta**.

5.2 PROGRAMA DE TRATAMIENTO PARA EL CONTROL DEL PÁNICO DE BARLOW

Es la intervención cognitivo conductual más estudiada para el trastorno de angustia con agorafobia. Se trata de un protocolo de tratamiento recogido en un manual que combina la educación, el entrenamiento en respiración, la reestructuración cognitiva y la exposición interoceptiva y en vivo.

Concede especial relevancia al **componente educativo**, pues parte de la base que el paciente sólo puede adherirse al tratamiento y superar su trastorno si entiende por qué se ha producido y mantiene.

Se da una importancia central al hecho de exponer al paciente de forma sistematizada a sensaciones interoceptivas similares a las que experimenta en sus ataques de pánico. El objetivo de esta **exposición interoceptiva** no es sólo habituar al paciente a las sensaciones corporales, sino también utilizar esta exposición como estrategia de reestructuración de las ideas catastrofistas sobre las crisis de angustia y modificar los sesgos interpretativos.

Se incluyen **otras estrategias de reestructuración cognitiva** dirigidas a transformar las creencias erróneas acerca de las crisis de angustia y de la ansiedad, así como las ideas de sobreestimación de la amenaza y el peligro que suponen los ataques de pánico.

En las últimas versiones del programa se introdujo el **re-entrenamiento en respiración**, sustituyendo al entrenamiento en relajación progresiva que se había mostrado menos útil que otros procedimientos del programa. Esto está dirigido a ayudar al paciente a prevenir y modular el pánico, induciendo un patrón de respiración pausado que interfiera con las alteraciones respiratorias.

Finalmente, las **tareas para casa** que se pautan varían en función de la fase de la terapia en la que se encuentre el paciente.

El programa se ha utilizado en diversas poblaciones, incluyendo entre ellas adolescentes, individuos con esquizofrenia, y en la prevención de recaídas después de un tratamiento con benzodiazepinas. Además, ha sido adaptado para su utilización en atención primaria en un contexto de tratamiento combinado con psicofármacos; entre las modificaciones realizadas al programa inicial para este contexto figuran: menor núm. de sesiones, el uso de contacto telefónico con los pacientes, y el abordaje de la comorbilidad.

5.3 COMPONENTES DE LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL

La terapia cognitivo conductual para el trastorno de angustia y la agorafobia suelen **incluir sus programas**:

Componente educativo	Re-entrenamiento en respiración u otro procedimiento de desactivación fisiológica
Reestructuración cognitiva	Relajación aplicada
Exposición en vivo e interoceptiva	Habilidades de afrontamiento

5.3.1 Educación

La intervención suele comenzar con una **fase psicoeducativa** sobre la naturaleza del trastorno de pánico, la ansiedad, así como las formas de perpetuación de la ansiedad y el pánico a través de distintos mecanismos de feedback entre los sistemas fisiológico, cognitivo y conductual.

Se ofrece información específica acerca de la psicofisiología de las respuestas de escape o afrontamiento, así como del valor adaptativo de los cambios fisiológicos durante la respuesta de pánico o ansiedad.

El **propósito de la educación** es corregir mitos e ideas erróneas sobre los síntomas de pánico que contribuyen al mantenimiento del propio pánico y la ansiedad. En la información suministrada al paciente se distingue entre el estado de ansiedad y el miedo/pánico, atendiendo a los 3 sistemas de respuesta (subjeto, fisiológico y conductual).

RESPUESTAS	ANSIEDAD	PÁNICO/MIEDO
SUBJETIVO	Percepción o conciencia de una amenaza futura	Percepción o conciencia de peligro inminente
FISIOLÓGICO	Tensión crónica	Descarga autonómica repentina
CONDUCTUAL	Conducta cuidadosa, evitación y ejecución interferida	Conducta de escape o lucha

La **ansiedad** es conceptualizada como un estado de preparación para una amenaza futura, mientras que el **pánico** es la emoción suscitada por un peligro inminente.

5.3.2 Entrenamiento en respiración

A pesar de que **algunos datos cuestionan la eficacia que el entrenamiento en respiración** pueda aportar al programa de TCC, esta técnica es un **componente central de las fases iniciales de algunos de los protocolos de intervención más conocidos**, como es el programa del control del pánico de Barlow, ya que **una buena parte de los pacientes con trastorno de angustia presentan síntomas de hiperventilación, muy similares a los que se producen durante los ataques de pánico.**

En general, **la evidencia muestra el efecto positivo del reentrenamiento en respiración** sobre las crisis, sin embargo, recientemente el valor del entrenamiento en respiración ha sido cuestionado. Ej.: no está claro si el entrenamiento en respiración por sí solo es terapéutico para la agorafobia y algunos estudios han sugerido que añadir entrenamiento en respiración no mejora los resultados de la exposición en vivo.

No obstante, el entrenamiento en respiración tiene mucho sentido, sobre todo al **inicio del tratamiento**, quizá no tanto por los cambios fisiológicos que induzca, sino por la **sensación de control** que puede proporcionar y que, en esos momentos, **puede ser fundamental para crear confianza en el paciente y poder promover los cambios subsiguientes.** Sin embargo, el tratamiento no puede basarse en el control de los síntomas, por tanto, **es importante explorar si los pacientes utilizan este entrenamiento como un método de evitación o como una conducta de seguridad.**

Es oportuno en este punto puntualizar que las **terapias de Tercera Generación** consideran la tolerancia al miedo y la **aceptación de la respuesta de ansiedad como experiencias de aprendizaje mucho más terapéuticas que la eliminación del miedo**, por tanto, es normal que la utilidad del entrenamiento en respiración se haya venido minimizando.

No obstante, aunque es cierto que la **aceptación del malestar** es clave para el proceso de recuperación, también lo es que la persona afectada debe estar preparada para ese proceso, y esto pasa por la posibilidad de proveer inicialmente de estrategias de control de la ansiedad y promover la sensación de control.

Después, sin duda **habrá que ir eliminando todos los soportes que impidan la confrontación con el miedo.**

5.3.3 Relajación aplicada

Consiste en **entrenar a los pacientes en relajación muscular progresiva** hasta que son capaces de utilizar este tipo de relajación ante señales productoras de ansiedad, es decir, como una **estrategia de afrontamiento para practicar la exposición en vivo a estímulos de una jerarquía de situaciones productoras de ansiedad**

Al igual que el caso de entrenamiento en respiración, se considera que **su efecto puede estar mediado cognitivamente al proporcionar sensación de control y de éxito ante el problema.**

Esta modalidad de relajación cuenta con diversos estudios que **demuestran su eficacia** y se considera como un **procedimiento probablemente eficaz para el trastorno de pánico.**

5.3.4 Reestructuración cognitiva

Inicialmente la terapia cognitiva para el trastorno de angustia se centraba en el uso de auto-instrucciones de afrontamiento. Los datos acerca de efectividad de este abordaje indican que los resultados son similares a los conseguidos con procedimientos como la exposición graduada o la relajación, sin embargo, algún estudio ha mostrado que la presencia de sintomatología residual es más alta con terapia cognitiva de afrontamiento.

La terapia cognitiva dirigida a la **valoración de las sensaciones corporales** se ha mostrado como una herramienta eficaz en sujetos con trastorno de angustia y con agorafobias leves o moderadas. Los resultados con pacientes de trastorno de angustia y niveles severos de agorafobia son poco claros. En cualquier caso, es difícil su evaluación, pues este proceder terapéutico incluye estrategias de exposición, a modo de experimentos conductuales, con el objetivo de rebatir las ideas erróneas objetivo de la intervención.

En términos de implementación, la terapia cognitiva comienza con: una conceptualización cognitiva del problema y una discusión acerca del papel que cumplen los pensamientos en la generación de emociones.

Posteriormente, se aborda el tema de **reconocer los pensamientos como hipótesis** más que como hechos reales y que, como tal, están abiertos a la discusión y el cambio, siendo susceptibles de error.

Una vez las cogniciones nucleares del problema se han identificado, se categorizan en función del error subyacente durante un estado de alta intensidad emocional.

El **proceso de categorización** se hace consistente con un modelo científico personal que el paciente ha ido generando, y que facilita la adopción de una perspectiva más objetiva, a partir de la cual los pensamientos pueden ser reevaluados. De este modo, al tratar de identificar el error, el paciente adopta un enfoque empírico examinando la validez de ese pensamiento a la luz de otras cogniciones y de la evidencia disponible.

El terapeuta utiliza estrategias de **diálogo socrático** para cuestionar los pensamientos y guiar el descubrimiento de nuevas conceptualizaciones, se va generando así un cuerpo de pensamientos-hipótesis alternativas que cuentan con más evidencia empírica. Además de los pensamientos automáticos más superficiales, se abordan con el mismo esquema ideas nucleares.

La **reestructuración cognitiva** no es un medio para minimizar la ansiedad, el miedo o el malestar. **Pretende corregir el pensamiento distorsionado**, esperando que, a partir de este cambio, la ansiedad, el miedo y el malestar, empiecen a remitir. El objetivo directo es la cognición, no la ansiedad, ni el miedo.

5.3.5 Exposición: Exposición en vivo y exposición interoceptiva

La exposición es siempre una fase crítica en cualquier programa y una vez ha comenzado acapara buena parte de las sesiones terapéuticas y del trabajo entre sesiones. Está diseñada para conseguir 2 objetivos:

1. Desmentir expectativas catastrofistas y cogniciones erróneas
2. Extinguir respuestas emocionales condicionadas a situaciones externas y contextos (exposición en vivo) y a sensaciones somáticas (exposición interoceptiva)

Exposición en vivo

La **exposición en vivo** se refiere a la confrontación sistemática y repetida de contextos del entorno generadores de ansiedad, como las situaciones que suelen evitarse en los problemas de agorafobia

En la mayor parte de las ocasiones, la exposición se realiza de forma graduada según una jerarquía elaborada entre paciente y terapeuta.

Este tipo de exposición, gradual y demorada en el tiempo es tan efectivo como una exposición no graduada y masiva.

Para **lograr la máxima efectividad** es determinante la eliminación de las conductas de seguridad. Las conductas de seguridad proporcionan una sensación de seguridad e incluyen también la búsqueda de reaseguración o la búsqueda de vías de escape o salida.

La **cantidad de tiempo** que se dedica a la exposición en vivo es dependiente del perfil de la agorafobia del paciente. En los casos más severos se necesitará más tiempo e intensidad.

La **implicación de las personas** cercanas en el tratamiento dependerá del modo en cómo la agorafobia esté afectando a las relaciones y roles familiares. Si la persona cercana es difícil que pueda mantener pacientemente una actitud de dirección, apoyo y motivación en la situación de exposición, será mejor prescindir de ella, ya que puede tener un efecto negativo.

- Para el tratamiento de la Agorafobia -> Bien establecido
- Para el Tratamiento del Pánico -> Probablemente Eficaz.

Procedimiento de exposición interoceptiva

El **objetivo** es desensibilizar al paciente de los síntomas fisiológicos que acompañan las crisis de angustia, y reestructurar las interpretaciones catastrofistas sobre las sensaciones fisiológicas asociadas a dichas crisis. Uno de los procedimientos más útiles para estos fines es el procedimiento de exposición interoceptiva.

Considerada en este momento un componente básico de los programas de intervención cognitivo conductuales para el pánico, ha mostrado mayor efectividad que otros procedimientos, tanto de forma aislada, como en combinación con otras técnicas.

Simula los síntomas de un ataque de pánico para que el paciente pueda experimentarlos en un contexto controlado. La inducción controlada y repetida de las sensaciones físicas debilita la respuesta emocional ante ellas.

En general, consiste en generar síntomas durante aproximadamente un minuto. Para ello se utilizan alguna de las siguientes estrategias:

Hiperventilación intencional	Provoca sensación de aturdimiento, desrealización, visión borrosa y mareo
Dar vueltas en una silla giratoria	Provoca mareo y desorientación
Respirar a través de una cánula	Provoca disnea y restricción de aire
Contener la respiración	Provoca sensación de estar sin aire
Correr en el lugar de la exposición	Incremento de la frecuencia cardíaca, de la respiración y sudoración
Tensión de zonas musculares	Provoca la sensación de estar tenso e hipervigilante
Mover la cabeza de lado a lado	Provoca mareo y tensión en el cuello

En primer lugar, se introduce el concepto de **condicionamiento interoceptivo**, indicando al paciente que va a realizar una serie de ejercicios que persiguen la inducción de diversas sensaciones somáticas, y que después él deberá practicar entre las sesiones.

La inducción de síntomas se debe realizar entre **3 y 5 veces al día** hasta que el paciente no sienta apenas ansiedad. Con la repetición el paciente va aprendiendo que las señales internas no deben ser temidas pues ni señalan, ni están asociadas a ningún tipo de amenaza. Se va produciendo un **proceso de desensibilización** que se espera se generalice a todos los síntomas somáticos.

En una **fase más avanzada**, se practicarán **actividades más naturales** para provocar las mismas sensaciones como hacer ejercicio físico o andar deprisa. Se comienza practicando varios ejercicios diferentes, y se le solicita que después de cada ejercicio evalúe el tipo de sensaciones experimentadas, su intensidad y su similitud con los síntomas que experimenta cuando está ansioso. Para realizar la exposición interoceptiva habrá que seleccionar los ejercicios que han sido evaluados con puntuación mayor que 3, en una escala de 0 a 8, comenzando con el menos ansiógeno.

Una vez el paciente empieza a experimentar sensaciones debe levantar el brazo y continuar el ejercicio 30 segundos más. Se le recomienda, que aplique la técnica de control respiratorio, así como las estrategias cognitivas para manejar su ansiedad. Al final, el paciente, tiene que valorar la intensidad de la sensación y la intensidad de la ansiedad en una escala de 0 a 8.

Ningún ejercicio debería tardar más de 3 minutos. Si el paciente no reproduce las sensaciones esperadas, se le instruye para que imagine las situaciones externas en las que puede ocurrir.

Parece ser, según los estudios disponibles, **que la exposición en vivo, exclusivamente, no obtiene tan buenos resultados como aquella que provee, además, de técnicas para controlar la ansiedad.** En el caso del pánico queda por establecer en forma controlada si la exposición interoceptiva exclusivamente sería suficiente.

5.3.6 Mindfulness

La aplicación de mindfulness al ámbito del trastorno de pánico y la agorafobia se ha vuelto frecuente dentro de los abordajes de la tercera generación de la TCC. Debe hacerse siempre desde la cautela que requiere la utilización de técnicas experienciales que producen una conexión directa e intensa con la sintomatología (altamente aversiva) que experimenta la persona afectada.

El **objetivo de mindfulness** aplicado a los problemas de ansiedad es la aceptación de los estados de malestar y, así, eliminar la retroalimentación de la angustia y la evitación. Para ello el entrenamiento se dirige a incrementar la conciencia de las experiencias presentes en el momento, incluyendo pensamientos, emociones o sensaciones físicas, cultivando siempre una actitud amable y aceptadora hacia cualquier evento interno.

Aunque gran parte del entrenamiento de mindfulness se centra en dirigir la atención a las experiencias del momento presente, también hay un fuerte énfasis en la forma o actitud con la que se presta atención: no juzgar, paciencia, **"mente de principiante"**.

El objetivo es ayudar a los participantes a identificar sus supuestos implícitos, reconocer puntos de vista alternativos o interpretaciones, y practicar notando sus experiencias tal como son. Es innegable que la meditación tipo mindfulness es una forma de exposición interoceptiva y, como tal, resulta de utilidad.

Por último, hay que hacer referencia a dos precauciones que deben ser tenidas en cuenta en la utilización de mindfulness:

1. **No utilizar el procedimiento demasiado pronto** durante el proceso terapéutico, sin haber preparado al paciente para una confrontación directa con su ansiedad.
2. Hay que estar alerta para **comprobar la función que esté cumpliendo** la práctica de mindfulness cuando se interviene sobre un problema de ansiedad: Su utilización como técnica de reducción o eliminación de la ansiedad es un riesgo real, pudiéndose convertir en una conducta de seguridad más que interferirá en el progreso terapéutico.

5.4 OTROS ENFOQUES TERAPÉUTICOS

La Terapia Intensiva Focalizada en las Sensaciones: De gran utilidad clínica para los casos más resistentes. Parte del hecho de que aquellos pacientes con trastorno de angustia y agorafobia entre moderada y severa afrontan con más dificultad el proceso estándar de la terapia cognitivo-conductual. Los pacientes con agorafobia o miedo residuales a las sensaciones físicas presentan un riesgo elevado de recaída. Para estos casos, esta terapia propone una intervención a lo largo de 8 días consecutivos que pretende la eliminación total de la agorafobia y el miedo a las sensaciones físicas.

Después de una fase educativa y de preparación cognitiva 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.

En esta intervención se provocan deliberadamente e intensifican hasta el máximo posible los síntomas de ansiedad, sin permitir, ni entrenar, ningún procedimiento de reducción de la activación. De hecho, se elimina cualquier elemento que pudiera distraer al paciente del proceso de confrontación.

La terapia concluye con un módulo de prevención de recaídas.

Es un procedimiento de gran utilidad en la práctica clínica para aquellos trastornos de pánico y agorafobia resistentes a las intervenciones cognitivo-conductuales de primera elección.

6. PROGRAMA PROPUESTO PARA EL TRATAMIENTO DEL PÁNICO Y LA AGORAFOBIA

El programa de tratamiento para el control del pánico y la agorafobia que se presenta en este apartado fue desarrollado por Barlow y sus colaboradores. Se considera un tratamiento con robusto soporte empírico.

Por una parte, incorporan en el mismo texto el tratamiento de las conductas agorafóbicas, que previamente se abordaban en un programa paralelo, por lo que **el tratamiento va dirigido a pacientes con trastorno de pánico, con o sin agorafobia.**

Por otra parte, en vez de estructurar el programa por sesiones, se presenta **estructurado en capítulos** y éstos, a su vez, **englobados en fases o módulos temáticos**, de modo que en cada uno se va abordando de forma secuencial y progresiva, las diferentes habilidades y estrategias que han demostrado su utilidad en el tratamiento de estos trastornos.

Contenidos y estructura del programa

Fase	Capítulo
Introducción	1. La naturaleza del trastorno de pánico y la agorafobia
Conocimientos básicos	2. Aprendiendo a registrar el pánico y la ansiedad
	3. Ciclos negativos en el pánico y la agorafobia
	4. Los ataques de pánico no son peligrosos
Habilidades de afrontamiento	5. Estableciendo su jerarquía de situaciones agorafóbicas
	6. Entrenamiento en respiración
	7. Estrategias cognitivas
Exposición	8. Afrontando las situaciones agorafóbicas
	9. Implicando a otras personas
	10. Afrontando los síntomas físicos
Planeando el futuro	11. Medicación
	12. Logros, mantenimiento y prevención de recaídas

Esta guía está estructurada en un total de **16 capítulos**, dedica algunos a información específica para los terapeutas y añade los mismos contenidos temáticos, y siguiendo a misma secuencia, que el Cuaderno de Trabajo. Los autores recomiendan que el programa sea aplicado en **aproximadamente 12 sesiones, una por semana.**

El **libro del trabajo del paciente** está escrito en un lenguaje asequible, de modo que pueda ser fácilmente entendido y utilizado como material de apoyo, siempre bajo supervisión del terapeuta.

El programa debe aplicarse con **flexibilidad** y, en todo caso, el terapeuta debe adaptarlo a las características del caso concreto y al ritmo de aprendizaje de cada paciente.

Estructuración del programa por semanas

SEMANAS	CONTENIDOS
1	Capítulo 2: Aprendiendo a registrar el pánico y la ansiedad Capítulo 3: Ciclos negativos del pánico y la agorafobia Capítulo 4: Los ataques de pánico no son peligrosos Capítulo 11.1: Medicación (Educación)
2	Capítulo 5: Estableciendo la jerarquía de situaciones agorafóbicas Capítulo 6.1: Entrenamiento en respiración (respiración diafragmática) Capítulo 7.1 y 7.2: Estrategias cognitivas
3	Capítulo 6.2: Entrenamiento en respiración (respiración tranquila) Capítulo 7.3: Estrategias cognitivas (poner las cosas en perspectiva).
4	Capítulo 6.3: Entrenamiento en respiración (enfrentamiento) Capítulo 7.4: Estrategias cognitivas (memoria) Capítulo 8.1: Enfrentando las situaciones agorafóbicas (planificación) Capítulo 9: Implicando a los allegados
5	Capítulo 6.4: Entrenamiento en respiración (revisión) Capítulo 8.2: Enfrentando las situaciones agorafóbicas (revisión y planificación) Capítulo 10.1: Enfrentando los síntomas físicos (evaluación y práctica)
6	Capítulo 8.2: Enfrentando las situaciones agorafóbicas (revisión y planificación) Capítulo 10.2: Enfrentando los síntomas físicos (revisión y práctica)
7	Capítulo 8.2: Enfrentando las situaciones agorafóbicas (revisión y planificación) Capítulo 10.2: Enfrentando los síntomas físicos (revisión y práctica)
8	Capítulo 8.2: Enfrentando las situaciones agorafóbicas (revisión y planificación) Capítulo 10.3: Enfrentando los síntomas físicos (planificación de actividades)
9	Capítulo 8.2: Enfrentando las situaciones agorafóbicas (revisión y planificación) Capítulo 10.4: Enfrentando los síntomas físicos
10	Capítulo 8.3: Enfrentando las situaciones agorafóbicas (síntomas) Capítulo 10.4: Enfrentando los síntomas físicos
11	Capítulo 8.3: Enfrentando las situaciones agorafóbicas (síntomas) Capítulo 10.4: Enfrentando los síntomas físicos
12	Capítulo 11, Sección 2: Medicación (suspensión de la medicación) Capítulo 12: Logros, mantenimiento y prevención de recaídas

A continuación, se expone cada capítulo.

Capítulo 1. La naturaleza del trastorno del pánico y la agorafobia

Se pretende que la persona entienda la naturaleza de sus problemas de ansiedad, comenzando por aprender a identificar y diferenciar lo que es un ataque de pánico o crisis de angustia, del trastorno de pánico y de la agorafobia.

Mediante ejemplos de casos clínicos se van presentando y explicando las características de cada trastorno, así como las diferentes estrategias que las personas suelen poner en marcha para intentar afrontar sus problemas.

Tras discutir lo inapropiado de las estrategias, se pasa a explicar la forma en que un programa de tratamiento puede ayudar a que la persona afronte sus problemas de ansiedad, señalando cómo el conocimiento de los diferentes aspectos que influyen en el origen y mantenimiento es un elemento básico para llegar a un adecuado afrontamiento.

Se describe el programa, los beneficios que se pueden obtener y su grado de participación e implicación.

Capítulo 2. Aprendiendo a registrar el pánico y la ansiedad

El objetivo es que la persona aprenda a auto-observar sus estados de ansiedad y crisis de angustia y registrar todos los detalles relacionados con su ocurrencia; para ello se le proporciona los 3 registros siguientes:

1. **Registro de ataques de pánico.** Se le pide que una vez finalizada la crisis anote una serie de datos:
 - Fecha y hora
 - Situación en que se ha dado
 - Posibles desencadenantes
 - Si lo considera un ataque esperado o inesperado
 - Valoración del miedo máximo de 0-10.
 - Posibles síntomas
 - Pensamientos que tuvo sobre lo que le podría suceder
 - Las conductas realizadas en respuesta al pánico.
2. **Ansiedad y estado de ánimo diario.** Se trata de un registro semanal en el que debe valorarse, al final de cada día, la puntuación media diaria de 3 variables (ansiedad, depresión y preocupación sobre el pánico), utilizando para ello una escala 0-10.
3. **Registro de progresos.** En una tabla de doble entrada, con la numeración de las semanas de tratamiento en el plano horizontal y el número de ataques de pánico máximo por semana en el plano vertical. En él debe hacer una marca en el cuadro que señale el núm. de ataques de pánico de cada semana, y otra marca diferente en la puntuación media de ansiedad por semana. La persona pueda apreciar sus progresos.

Capítulo 3. Ciclos negativos del pánico y la agorafobia

El objetivo es entender los ciclos negativos que contribuyen al origen y mantenimiento de las crisis de angustia y la agorafobia y comprender cómo este tratamiento va a ayudar a interrumpir dichos ciclos. Para ello se comienza por señalar los componentes de la ansiedad y el pánico: síntomas físicos, pensamientos y conductas. A continuación, se señala con ejemplos cómo estos 3 elementos se interrelacionan y retroalimentan, formando círculos viciosos.

Ej.: Para el ciclo del pánico, se podría señalar cómo una persona que comienza a experimentar taquicardia, si piensa que es porque va a sufrir un ataque de corazón sentirá temor, y el síntoma inicial seguirá incrementándose. Por el contrario, si piensa que no es dañina, sigue con sus actividades cotidianas, el círculo vicioso se interrumpe, con lo que el síntoma acaba por normalizarse y desaparecer.

Para que la persona afectada pueda relacionar estos ejemplos con sus propios datos, se procede a realizar un análisis, paso a paso, de sus ataques de pánico.

Capítulo 4. Los ataques de pánico no son peligrosos

Se pretende que la persona conozca algunos aspectos básicos en la fisiología del miedo para así comprender que los cambios fisiológicos que se producen y los síntomas que se sienten no son más que la respuesta que normalmente debería dar el organismo ante una situación amenazante para supervivencia.

Se explica que el problema es que los síntomas se producen en situaciones que no son amenazantes o que lo son mínimamente. En estas circunstancias, los síntomas se interpretan como peligrosos, amenazadores, por lo que es el miedo a los propios síntomas el que provoca la crisis de angustia; es por esto por lo que el ataque de pánico se conoce como miedo al miedo.

La tarea del terapeuta será identificar las creencias erróneas que tengan los pacientes sobre la peligrosidad de los síntomas de sus ataques de pánico, para pasar a discutirlos y modificarlos una a una.

No obstante, es importante tener en cuenta que el hecho de que el desmayo sea raro no implica que no pueda darse. El desvanecimiento que se identifica a veces suele estar originado por un síncope vasovagal que se produce ante situaciones de tinte agorafóbico. En estos casos sería necesario utilizar un procedimiento de intervención destinado a contrarrestar la respuesta psicofisiológica.

Capítulo 5. Estableciendo la jerarquía de situaciones agorafóbicas

Al revisar los registros que los pacientes hayan realizado durante la semana previa, el terapeuta debe hacerles ver las posibles tendencias, tanto en los momentos de ocurrencia de sus crisis, como las variaciones en los síntomas y las relaciones entre los ataques de pánico y su nivel de ansiedad o estado de ánimo.

El objetivo es que las personas comprendan que sus ataques siguen unos patrones, que suceden en ciertas situaciones y como reacción a algo.

Por este análisis se les hace ver cómo, en estas circunstancias, es normal que acabe dándose una tendencia a evitar aquellas situaciones que causan sus crisis de ansiedad, y por eso el objetivo será realizar una lista con las posibles situaciones que cada uno evita y luego jerarquizarla según el grado de ansiedad.

Para establecer la lista de situaciones agorafóbicas, además de valerse de las propias anotaciones de cada persona, se le proporciona una lista con situaciones agorafóbicas típicas y, en ella, cada paciente debe anotar si es una situación que normalmente evita y el grado de ansiedad que dicha situación le suele producir.

Para establecer la jerarquía es de utilidad enseñar a las personas a graduar el nivel de ansiedad que cada una de las situaciones provoca, en función de una serie de parámetros que suelen influir en dicho nivel.

Finalmente, se pide que cada paciente identifique y anote las estrategias de afrontamiento inapropiadas que normalmente utiliza en las situaciones que teme. Estas estrategias inadecuadas suelen clasificarse como: objetos supersticiosos o señales de seguridad, conductas de seguridad y estrategias de distracción.

Capítulo 6. Entrenamiento en respiración

Este capítulo está dividido en 4 secciones, correspondientes cada una de ellas a una fase del entrenamiento en respiración. Por este motivo, la persona debe ir leyendo y practicando, siguiendo la secuencia temporal.

- **Sección 1. Educación y respiración diafragmática.** El objetivo de esta sección es que la persona entienda cómo los cambios en el patrón respiratorio contribuyen al ataque de pánico. Para ello se explica que en situaciones de ansiedad es normal que el organismo se prepare para la lucha-huida produciendo cambios fisiológicos que se manifiesta mediante síntomas del ataque de pánico. Se pretende es que el paciente aprenda un método para regular el ritmo respiratorio, y así afrontarlo mejor. Auto-registro de 10 minutos, 2 veces por día, a la semana.
- **Sección 2. Revisión y respiración lenta.** Tras revisar los posibles problemas surgidos durante el aprendizaje de la respiración diafragmática, se centra el entrenamiento en aprender a realizar dicha respiración de forma muy lenta, no más de unas 10 respiraciones por minuto. Para ello se recomienda que la persona inhale el aire, haga una breve pausa mientras se concentra en su palabra clave y luego lo exhale lentamente.
- **Sección 3. Aplicaciones de afrontamiento.** Se pretende que la persona aprenda a utilizar la nueva forma de respirar en el afrontamiento de situaciones problemáticas.
- **Sección 4. Revisión.** El objetivo es comprobar si, cuando la persona se siente ansiosa, utiliza las nuevas habilidades de respiración y qué efecto tienen en el afrontamiento de esos momentos problemáticos. Se propicia que la persona sea capaz de detectar las señales de inicio del malestar para así empezar tempranamente a practicar la respiración.

Capítulo 7. Estrategias cognitivas

El contenido está dividido en 4 secciones, que se recomiendan sean abordadas en un total de 3 semanas:

- **Sección 1. Los pensamientos influyen en las emociones.** Se pretende que los pacientes entiendan los círculos viciosos que en estos casos suelen darse entre los síntomas, los pensamientos negativos y las emociones. Se les hace comprender cómo sus pensamientos catastrofistas sobre la peligrosidad de los síntomas o de las situaciones agorafóbicas influyen en las emociones negativas que experimentan. De forma paralela, se explica cómo también estas emociones negativas influyen en la ocurrencia de nuevos pensamientos catastrofistas.
- **Sección 2. Conclusiones precipitadas y probabilidades realistas.** Se explica que en situaciones de ansiedad es muy frecuente cometer ciertos errores al pensar. Mediante diferentes ejercicios se aborda el proceso de reestructuración cognitiva.
- **Sección 3. Afrontar lo peor y poner las cosas en perspectiva.** El objetivo de esta parte del tratamiento es hacer que las personas se pongan en la peor de sus consecuencias temidas, y aún en ese caso busquen posibles alternativas de afrontamiento, poniendo las cosas en perspectiva.
- **Sección 4. Revisión de las estrategias de pensamientos y manejo de los recuerdos atemorizantes.** Tras revisar las estrategias cognitivas, se pasa a explicar cómo los pensamientos con una alta carga afectiva tienen una elevada probabilidad de ser memorizados y volver una y otra vez a nuestra memoria. La preocupación por crisis futuras puede combatirse enseñando a las personas a reprocesar sus crisis pasadas. Para ello se hace que el paciente se centre, de forma retrospectiva, en los detalles del peor ataque sufrido. Se trata de que reprocese el acontecimiento pasado, de modo que tenga menos recuerdos perturbadores y que la probabilidad de que algo similar vuelva a suceder le haga sentir menos ansioso.

Capítulo 8. Afrontando las situaciones agorafóbicas

Los contenidos de este capítulo se distribuyen en 3 apartados o secciones, que deben ser acometidos a lo largo de un núm. variable de semanas, dependiendo de la cantidad de situaciones agorafóbicas de cada persona y de su ritmo de afrontamiento.

- **Sección 1. Planificación y práctica del afrontamiento de situaciones agorafóbicas:** El objetivo es que el paciente aprenda a planificar la exposición a las situaciones agorafóbicas y que comience a practicar dicho afrontamiento. Para el diseño de la práctica de exposición se selecciona el primer ítem de la jerarquía de situaciones agorafóbicas y se siguen los siguientes pasos:
 1. Identificar el peor temor o pensamiento negativo asociado a dichas situaciones
 2. Se elige una situación o actividad para comprobar que dicho pensamiento no es realista
 3. Para la práctica de cada día debe irse eligiendo una meta diaria que de forma progresiva permita ir avanzando hasta llegar a la meta final
 - 4. Finalmente, utilizando para ello las estrategias cognitivas aprendidas, se anota en un formulario:
 - El pensamiento negativo
 - La evidencia que lo apoya
 - La probabilidad real de que suceda
 - Las estrategias de afrontamiento que pueden utilizarse en dicha situación
 - Nivel máximo de ansiedad en una escala de 0 a 10.
- Las prácticas reales de afrontamiento deben realizarse al menos 3 veces por semana; cada situación se sigue practicando hasta que el nivel de ansiedad máximo se reduzca a 2 o menos.
- **Sección 2. Revisión y continuación de la planificación y práctica.** Se revisan las prácticas realizadas, valorando los logros y dificultades. La dificultad más frecuente suele ser haber escapado de la exposición por sentir que la ansiedad sobrepasaba a la persona.

En estos casos se debe volver al análisis y modificación de los pensamientos negativos. Es normal que la ansiedad se incremente al inicio ya que se están haciendo cosas que normalmente se evitaban; pero si se permanece en la situación y, sobre todo, si se siguen repitiendo las practicas, la ansiedad acaba por decrecer. Finalmente deben planificarse las siguientes sesiones.

- **Sección 3. Afrontamiento de los síntomas físicos en las situaciones agorafóbicas.** Los contenidos de esta sección se abordan sólo en las semanas finales. El objetivo es complementar ese trabajo, diseñando prácticas de exposición que permitan el afrontamiento de los síntomas. Para ello, al diseñar sus prácticas de afrontamiento, debe elegir aquellos síntomas que normalmente teme y decidir dónde y cuándo, va a provocar una situación en la se exageren tales síntomas para ensayar su afrontamiento

Capítulo 9. Implicando a los allegados

Se aborda la forma de implicar a una persona allegada para que ayude al paciente en el afrontamiento de las situaciones temidas y planificar la forma de hacerlo. Es necesario que la persona aprenda algunos conceptos sobre pánico y agorafobia y su tratamiento (leer también el libro de trabajo).

El acompañante funciona como un entrenador con el que discutir las tareas antes de realizarlas, promoviendo la discusión y puesta en práctica de estrategias de afrontamiento, reforzando su ejecución y ayudando a valorar los logros de forma objetiva.

Capítulo 10. Afrontando los síntomas físicos

El afrontamiento de los síntomas físicos debe ser abordado en un nº variable de semanas, dependiendo de la cantidad de síntomas y actividades que hagan sentirse ansioso y del ritmo de sus progresos.

Los contenidos se distribuyen en los apartados o secciones siguientes:

- **Sección 1. Afrontamiento de los síntomas físicos.** El objetivo de esta parte del tratamiento es ayudar a que la persona se enfrente directamente a los síntomas físicos que le hacen sentirse nervioso, reemplazar los pensamientos erróneos e interrumpir el condicionamiento interoceptivo.
 - Lo primero es identificar los síntomas concretos que teme cada persona, mediante ejercicios que suelen producir tales síntomas. Tras cada ejercicio la persona debe anotar los síntomas, valorando en una escala 0-10 el nivel de ansiedad. Luego deben jerarquizarse los ejercicios eligiendo sólo aquellos con un grado de similitud a los síntomas reales superior a 2 y que hayan producido un nivel de ansiedad superior a 3.
 - La práctica de afrontamiento de síntomas se comienza por el ejercicio de menor graduación, que debe realizarse repetidamente hasta que se noten los primeros síntomas y entonces continuar al menos 30 segundos.
 - Al finalizar se recomiendan 10 respiraciones diafragmáticas y centrarse en el análisis de los pensamientos que pasaban por su cabeza mientras se experimentaban los síntomas, Este ejercicio debe repetirse a diario, 3 veces por día.
- **Sección 2. Revisión y continuación de la práctica.** Se comienza por revisar las prácticas de la semana previa, identificando los problemas que puedan haber surgido. Para continuar con las prácticas, se deben realizar los ejercicios seleccionados, siguiendo la jerarquía.

Tras cada ejercicio se realizan las respiraciones diafragmáticas y se analiza lo sucedido. Luego se debe repetir el ejercicio otras 2 veces más. Cada ejercicio tiene que seguir repitiéndose, hasta que el nivel de ansiedad de un día descienda por debajo de 2; entonces puede pasarse al siguiente ejercicio de la jerarquía.
- **Sección 3. Afrontamiento de los síntomas en las diversas actividades.** El objetivo es que el paciente aprenda a utilizar lo aprendido en el afrontamiento de las actividades de su vida diaria.
 - Se le proporciona una lista con diversas actividades que suelen temer y evitar y se pide que se seleccione las que suelen producir ansiedad (de 0 a 10). Las actividades con un nivel de ansiedad igual o superior a 3 conformarán la jerarquía personal.

- Para comenzar las practicas se procede de forma similar a como se hizo con las situaciones agorafóbicas: se selecciona la actividad con el nivel menor de ansiedad; se identifica lo que más le preocupa; se determinan las metas finales y las metas diarias, valorando la posibilidad de que en dicha situación se produzca la consecuencia temida, así como las estrategias cognitivas.
- **Sección 4. Revisión y planificación del afrontamiento continuado de actividades.** El objetivo es ir planificando las prácticas de afrontamiento, revisando y valorando los logros y solucionando las dificultades que se pudieran presentar. Se debe continuar con las actividades siguientes de la jerarquía.

Capítulo 11. Medicación

Los contenidos de este capítulo se abordan en dos momentos muy diferentes del programa de tratamiento.

La primera sección, destinada a aportar conocimientos básicos sobre la medicación que normalmente se utiliza en el tratamiento de la ansiedad y el pánico, se debe abordar, como un componente psicoeducativo más en la primera semana de programa. La segunda sección, dedicada a la retirada gradual de la medicación, debe abordarse en la semana final del tratamiento.

- **Sección 1. Medicación para la ansiedad.** de los primeros objetivos es dotar a los pacientes de una serie de conocimientos básicos sobre los fármacos utilizados en los problemas de ansiedad y la forma de combinar dicha medicación con el tratamiento psicológico. Se les dan unas breves indicaciones de los diferentes tipos de psicofármacos, detallando su forma de funcionamiento, nombres, dosis, efectos secundarios, etc.
- **Sección 2. Suspensión de la medicación.** El motivo por el que este aspecto debe abordarse al final de la intervención es que es necesario que el paciente ya sea capaz de manejar su ansiedad y pánico. Con lo aprendido en el programa, normalmente debería ser fácil suspender la medicación. Una vez suspendidos los fármacos, es muy importante que el paciente se plantee el afrontamiento de todos los síntomas, actividades y situaciones que antes afrontaba con medicación.

Capítulo 12. Logros, mantenimiento y prevención de recaídas

Objetivos del capítulo

1. Que el paciente aprenda a valorar los progresos.
2. Que los pacientes aprendan a diseñar y estructurar de forma autónoma un plan de práctica continuada de las habilidades aprendidas.

Esta práctica continuada debe prolongarse tanto como se necesite, al menos por un periodo de 6 meses. Los pacientes deben plantearse sus propias metas a largo plazo (metas y pasos) y revisarlos cada mes.

Como estrategia para mantener los progresos y prevenir la aparición de posibles recaídas, se plantea la conveniencia de revisar los conocimientos adquiridos y seguir practicando las habilidades aprendidas, de modo que sean incorporados como nueva forma de pensar y actuar de la persona.

Se recomienda a los pacientes anticiparse a los acontecimientos, pensando por adelantado las formas en que se va a manejar la situación de riesgo y la propia ansiedad.

Debe insistirse en que el eventual resurgimiento de una crisis de ansiedad no debe interpretarse como una vuelta atrás, sino solo como una nueva experiencia de aprendizaje.

7. CONSIDERACIONES FINALES

Los tratamientos cognitivos-conductuales para el trastorno de angustia y la agorafobia son altamente efectivos y representan una historia de éxito indiscutible en el ámbito de la psicoterapia.

La terapia cognitivo-conductual ha mostrado su efectividad a lo largo de diferentes poblaciones, contexto de intervención y formatos, tanto aisladamente como en combinación con tratamiento psicofarmacológico, y con resultados extendidos en el tiempo.

- Entre el 80% y el 100% de los pacientes estarán libres de pánico al final del tratamiento y mantendrán las ganancias a los 2 años de haber finalizado la intervención.
- Mejor mantenimiento que los obtenidos con tratamiento farmacológico.

Todavía quedan por resolver algunos aspectos como: la sintomatología residual que se mantienen en hasta un 50% de los pacientes tratados que es más probable si se da de forma asociada una agorafobia severa. La modificación de los protocolos hacia formatos más asequibles o breves, pero más intensivos, pueden ser algunos de los cambios que propicien la adecuación de las intervenciones.

Por otra parte, aunque los protocolos cognitivo-conductuales alcanzan resultados muy exitosos cuando son aplicado por terapeutas bien entrenados, lo cierto es que todavía no están disponibles para todos los pacientes (costosos). Aún hay terapeutas no entrenados y pacientes que desconoce su existencia. Hay que continuar con la optimización y realizar una mayor difusión entre profesionales y pacientes

1. INTRODUCCIÓN

La depresión es un problema de notable importancia clínica y gran impacto social. Concorre con otros problemas clínicos como ansiedad, adicciones, presencia en enfermedades médicas crónicas, etc., muchos pacientes no llegan a reunir los todos los requisitos para ser diagnosticados con un determinado trastorno del estado de ánimo, presentan algunas quejas características de estos pacientes (estado de ánimo depresivo, pérdida de interés por las cosas, alteraciones de sueño...).

El trastorno depresivo se origina como consecuencia de la incapacidad para resolver de modo adecuado un problema. La presencia del problema, la inexistencia de estrategias efectivas para abordarlo puede llevar a la persona a una situación de pasividad, de entrega, de renuncia, en suma, al padecimiento de un trastorno depresivo.

2. DEFINICIÓN

Criterios del DSM-5-TR para el episodio depresivo mayor (A-C) y para el trastorno de depresión mayor (A-E):

A. Cinco (o más) de los 9 síntomas siguientes han estado presentes durante un período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo. Al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de placer.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva.
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días.
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso o disminución o aumento del apetito casi todos los días.
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada casi todos los días.
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días.
9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo esquizofreniforme, delirante, esquizofrenia u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

1. En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.
2. En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.
3. Los criterios A-C constituyen un episodio de depresión mayor.
4. Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maníaco o hipomaníaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.

Nota: las respuestas a una pérdida significativa pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en el criterio A, y pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a la pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.

Comparación entre los síntomas característicos de un episodio de depresión mayor y un episodio de duelo:

	DUELO	EPISODIO DEPRESIVO MAYOR
Afecto predominante:	Sentimiento de vacío y pérdida	Estado de ánimo deprimido persistente e incapacidad de esperar felicidad o placer
Disforia	Disminuye de intensidad en días o semanas y se produce en oleadas	Es más persistente y no se asocia a pensamientos o preocupaciones específicos
Humor y emociones positivas	Pueden acompañar al dolor de la pérdida.	No son característicos de la intensa infelicidad
Contenido de los pensamientos	Preocupación vinculada a recuerdos del difunto	Autocrítica o a la rumiación pesimista
Autoestima	Por lo general se conserva	Frecuentes sentimientos de no valer para nada y de desprecio por uno mismo
Pensamientos sobre la muerte	Centrados en el difunto y en “reunirse” con él.	Centrados en poner fin a la propia vida por sentirse inútil, no ser digno de vivir o ser incapaz de hacer frente al dolor de la depresión

El trastorno depresivo, pone de manifiesto la concurrencia de alteraciones de carácter:

- **Afectivo:** tristeza, abatimiento, desánimo, disminución de la capacidad de disfrute, apatía o indiferencia, etc.
- **Comportamental:** agitación motora, lentitud al hablar y andar, disminución del nivel de actividad, etc.
- **Cognitivo:** disminución de la capacidad de concentración, memoria y atención y, con ellos, del rendimiento; incremento de las cogniciones negativas auto-referidas.
- **Fisiológico:** insomnio/hipersomnia, disminución de apetito, de la actividad y deseo sexual, dolores y molestias. o Interpersonal: disminución del interés por los demás, deterioro de las relaciones sociales.

Las cifras sobre la **prevalencia** de la depresión varían entre un 5 y un 12% (dependiendo de los instrumentos y diferentes países). En España hay estudios que arrojan una prevalencia del 10%, y otros en torno al 8% e incluso el 5,6%.

3. MODELOS EXPLICATIVOS

El punto central sobre la conceptualización de la depresión es el **grado de satisfacción-insatisfacción** de la persona en relación con sus distintas actividades y planes de actividad. Una persona con un balance positivo en ese grado de satisfacción se siente bien emocionalmente, tiene un nivel adecuado de autoestima y competencia y también un razonable nivel de actividad, por el contrario, si predomina la insatisfacción puede llevar a una reducción de la actividad, baja autoestima y a cambios emocionales y fisiológicos negativos.

De este balance hay que tener en cuenta:

- La cantidad y calidad de estímulos positivos que recibe la persona
- La capacidad de estos para reforzar sus respuestas
- Su competencia para acceder a esos estímulos positivos.

La cualidad positiva de un estímulo está relacionada con la **percepción** de este por la persona, estas variables personales forman parte de los elementos a analizar dentro del análisis comportamental y funcional del problema.

Las distintas aportaciones se solapan y complementan.

3.1. Enfoque comportamental de Lewinsohn

Recoge los aspectos más estrictamente **conductuales** relativos a la depresión, señalando que ésta tiene su origen en una baja frecuencia de refuerzos. El punto de referencia básico se sitúa, en la existencia y papel funcional de los estímulos **reforzadores positivos**. Esto pone en evidencia la importancia de la disponibilidad de reforzadores, de las respuestas de la persona, así como de la interpretación y valoración que ésta hace del reforzamiento recibido, por lo que se consideran también los aspectos cognitivos implicados en el proceso de aprendizaje.

Desde el **punto de vista funcional** planteó 3 hipótesis básicas:

1. Una relación causal entre una baja tasa de refuerzo y la disforia (malestar emocional).
2. El mantenimiento de las conductas depresivas por refuerzo social.
3. La falta de habilidades sociales como principal determinante de la baja tasa de reforzamiento.

La realización de actividades reforzantes está inversamente relacionada con los comportamientos asociados a la depresión, la clave está en el valor funcional.

Este modelo se ciñe al modelo conductual propio de la terapia de la conducta, integrando:

- **Aspectos situacionales** (ambientales y de respuesta).
- **No situacionales** (factores predisposicionales).
- **Aspectos cognitivos**, tanto como productos como agentes causantes de una concreta percepción y valoración del estímulo.

3.2. Enfoque del autocontrol de Rehm

Modelo basado en la importancia de la **autoevaluación, auto-observación y auto refuerzo** como principales causantes de la depresión. Se centra en la valoración del propio comportamiento y en la capacidad de la persona de ser su propia fuente de refuerzo.

Las **personas deprimidas** presentan ciertas **tendencias significativas en cada una de las tres fases del autocontrol**:

- **Auto-observación**: tendencia a fijar su atención en los aspectos negativos de su comportamiento y no en los positivos; asimismo se centran en las consecuencias inmediatas frente a las consecuencias a medio y L/P.
- **Auto-evaluación de su comportamiento**: estas personas utilizan criterios muy rigurosos y difíciles de alcanzar, por lo que el resultado de su evaluación será negativo; junto a ello, se observan errores de auto-atribución.
- **Como consecuencia de estas tendencias en la auto-observación y la auto-evaluación**, centra su atención en sus defectos y errores, por lo que suele administrarse excesivos castigos.

El modelo explica, en función de la autoevaluación y auto-refuerzo, el nivel de actividad de la persona, así como los cambios emocionales y cognitivos. Caracteriza a los pacientes depresivos como personas que atienden más a la información negativa, a las evaluaciones negativas y son menos conscientes de las consecuencias positivas.

La importancia del autocontrol en la génesis y mantenimiento de la depresión ha sido también tomada en cuenta desde la perspectiva en que la persona percibe su grado de autocontrol. Especialmente relevante en jóvenes.

3.3. Enfoque de indefensión aprendida de Seligman

Este enfoque parte de las investigaciones sobre el papel de las expectativas de **incontrolabilidad y el desamparo o indefensión aprendida** en la depresión y de la posterior reformulación que integra en el modelo el concepto de **atribución**.

El elemento básico de esta reformulación es el estudio de las **tres dimensiones atribucionales** (internalidad-externalidad, estabilidad-inestabilidad y globalidad-especificidad) y su vinculación con los problemas depresivos.

Estilo atribucional de las personas que padecen depresión:

- **Hacen atribuciones internas, estables y globales** para los propios fracasos o los acontecimientos negativos.
- **Hacen atribuciones externas, inestables y específicas** para los logros y los acontecimientos positivos.

Desesperanza como factor fundamental de riesgo, incluso como agente causal. De este modo, la desesperanza, como estilo atributivo, en interacción con el manejo de determinados sucesos negativos, **llevaría a la depresión y a la ideación suicida**.

Los **aspectos atribucionales** tienen un **impacto interpersonal**. El modo en que el paciente y su entorno consideran la depresión como incontrolable y/ o permanente tiene efectos en su disposición a ser ayudado o a aislarse socialmente.

- La percepción de la depresión como **incontrolable** -> favorece la búsqueda del apoyo social.
- La percepción de la depresión como **permanente** -> efecto negativo en las personas próximas, reduciendo su empatía y ayuda.
- La percepción de la depresión como **incontrolable, pero con una permanencia limitada** -> sería de utilidad al fortalecer las relaciones interpersonales y reducir el estigma.

3.4. Enfoque cognitivo de Beck

El enfoque cognitivo de la depresión de Beck gravita en torno a la denominada **tríada cognitiva**. Con este término se denominan los **tres esquemas o patrones cognitivos** que determinan la forma negativa que tienen de verse a sí mismos, a su mundo y al futuro.

- **Visión negativa de uno mismo:** se ve a sí mismo como una persona desgraciada, torpe y con poca valía, atribuyendo sus fracasos o experiencias desagradables a defectos suyos.
- **Visión negativa de su mundo:** tendencia a interpretar las propias experiencias de forma negativa, como si el mundo le hiciera demandas inalcanzables.
- **Visión negativa del futuro:** la persona deprimida mira hacia el futuro y lo ve todo negro.

Estos **esquemas/patrones cognitivos** delimitan una característica personal, asituacional y, en gran medida, responsable de cómo la persona percibe la realidad concreta. Son representaciones de experiencias pasadas, guardadas en la memoria y que operan como filtros en el análisis de la información recibida en la actualidad.

Esta forma distorsionada de percibir la realidad hace que la información consistente con dichos esquemas depresivos se procese, mientras que la inconsistente con ellos se ignore incluso cuando existe evidencia en contra.

Se ha considerado que los **esquemas permanecen latentes** hasta que algún suceso relacionado con ellos ocurre en el presente; y finalmente se amplían los esquemas más allá de lo puramente cognitivo. Hay esquemas afectivos, fisiológicos, conductuales o motivacionales.

Young formuló la denominada **terapia centrada en esquemas**. Se trata de una extensión del enfoque de Beck. Se centra en el papel que el rechazo y las experiencias dolorosas tienen en el desarrollo de los esquemas inadaptativos.

El **papel de los esquemas** sigue siendo dominante en la teoría cognitiva, aunque la evidencia empírica no siempre la sustente. Tiene **valor heurístico** al ayudar a la comprensión de los factores de vulnerabilidad, protección y recuperación de la depresión.

3.5. La activación conductual

Supone la aportación más reciente al estudio y conceptualización de la depresión, encuadrable en el marco de las llamadas **“terapias de 3ª generación”**. Beck, Jacobson, Dobson y cols. **descompusieron en sus 3 componentes la terapia cognitiva y compararon los resultados de la aplicación de las 3 condiciones experimentales siguientes:**

- **Sólo activación conductual.**
- **Activación conductual + modificación de pensamientos automáticos.**
- **Terapia cognitiva completa = activación conductual + modificación de pensamientos / esquemas.**

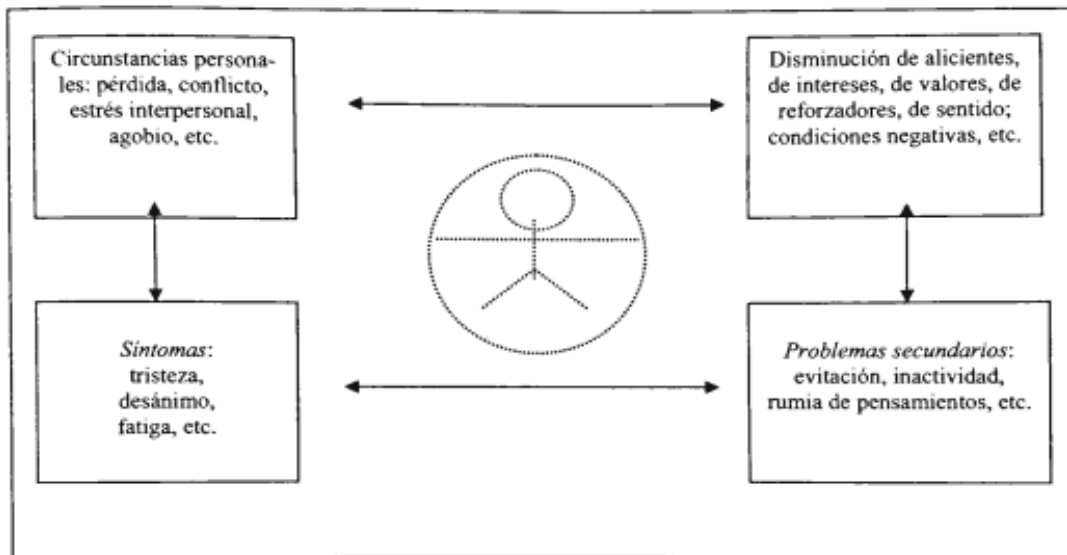
El resultado más relevante de este estudio fue **que la activación conductual por sí sola resultó tan eficaz como la terapia cognitiva completa.**

Desde esta perspectiva, la depresión se considera como una **interacción entre diferentes aspectos contextuales**. En determinadas situaciones o circunstancias en las que suele darse una disminución de los reforzadores o alicientes de la vida de una persona, ésta responde con evitación/inactividad, que desencadena la aparición y mantenimiento de los síntomas depresivos y que acaba perpetuando el problema.

Algunos aspectos de este modelo requieren especial atención:

- **Carácter contextual del modelo** (la depresión no se considera algo que la persona tiene, una enfermedad, sino una situación negativa o sin alicientes en la que la persona está).
- **En esas circunstancias las personas actúan de manera evitativa, que ayuda a perpetuar el problema.**
- **Esas conductas evitativas son “problemas secundarios”:** contribuyen a generar el círculo vicioso que propicia y mantiene el problema depresivo.
- **Podría afirmarse que la depresión, en su conjunto es una forma de evitación.**

Modelo Contextual de la depresión:



3.6. Modelo metacognitivo

Relacionado con el modo en que es procesada la información.

Wells y Matthews -> **síndrome atencional cognitivo**, consiste en un patrón de pensamiento caracterizado por la preocupación, rumiación y atención selectiva a las amenazas, que conllevan estrategias de afrontamiento inútiles que interfieren con la autorregulación emocional y cognitiva.

Está compuesto de **dos contenidos metacognitivos** básicos, uno positivo y otro negativo:

1. El positivo se refiere a la utilidad conferida a la preocupación, la monitorización de las amenazas y el control del pensamiento.
2. El negativo se relaciona con la creencia de que los procesos mentales (pensamientos) son incontrolables y, por tanto, constituyen una amenaza persistente e incontrolable.

La facilitación de cierta **flexibilidad en el manejo de la rumiación y la atención selectiva** hacia las amenazas es el elemento terapéutico esencial. El control atencional es clave, se pretende que el paciente no se vea dominado por la presencia de estímulos concretos (externos o internos), de modo que pueda generar formas adecuadas de afrontamiento, tanto cognitivas como conductuales.

3.7 Teoría de la de aceptación y compromiso

La terapia de aceptación y compromiso se centra en algunos **aspectos** que tienen una importancia singular en el caso de la depresión, y que son, en parte, considerados desde otros modelos:

- **La fusión a través del lenguaje entre la persona y lo que hace esta.**
- **La fusión entre la depresión y las causas que la generan**, especialmente cuando se trata de sucesos pasados, no accesibles o inmodificables. De modo que a más razones dadas para la depresión más falta de flexibilidad en su manejo.
- **La evitación experiencial como medio para reducir el malestar**, a través de la supresión del pensamiento y la rumiación, considerada la depresión como una emoción.
- **La fusión entre el yo (auto-identidad) y la depresión**, de modo que el tratar de resolverla puede verse como una amenaza a la propia identidad.
- **Pérdida de valor de la actividad al estar alejada de los valores de la persona.**

3.8. Aspectos comunes e integración de los distintos enfoques

Cada uno de los enfoques recogidos anteriormente destaca alguno de los aspectos relevantes al estudio de la depresión. Todos ellos son congruentes con el modelo general de la terapia de conducta. No están enfrentados los acercamientos conductuales con los cognitivos, ni el auto-refuerzo con el refuerzo social.

Un aspecto en el que hay controversia es en el papel de los **esquemas cognitivos y las creencias y distorsiones que generan**.

- El enfoque cognitivo requiere que su contenido sea modificado.
- Desde la perspectiva de las teorías metacognitivas y de la terapia de aceptación y compromiso se cuestiona este proceder.
- Para la terapia de aceptación y compromiso sería contraproducente e incluso dañino, al insistir en la importancia de unos pensamientos que capturan la atención del paciente en lugar de centrarse en otros aspectos relevantes de su vida. El punto de vista no es actuar contra los pensamientos o esquemas sino dejarlos estar, mientras la persona se implica en actividades relevantes en el aquí y el ahora.

En contraste con la rumiación se propone distanciarse de los pensamientos, pues el problema no es su contenido sino la incapacidad de separarse de él.

- La terapia metacognitiva, y la de aceptación y compromiso utilizan el mindfulness como medio para reducir la reactividad ante los pensamientos.
- Del mismo modo la terapia cognitiva basada en el mindfulness toma dicha postura que no es compartida por el enfoque cognitivo.

4. EVALUACIÓN

La evaluación de la depresión debe ir dirigida al tratamiento de esta, determinar en qué medida se cumplen los criterios que definen el cuadro y considerar el diagnóstico diferencial para delimitar que factores están explicando los cambios observados.

4.1. Contenidos de evaluación

- **Nivel de actividad actual de la persona.** Se ha de cuantificar y caracterizar dicha actividad, puesto que es el principal punto de referencia para la intervención. La actividad debe entenderse en su **sentido comportamental**: movilización de energía ante demandas específicas. Para evaluar la actividad debe utilizarse en primer lugar la **información facilitada en la entrevista**.
- **Para ayudar a delimitar actividades**, Lewinsohn propone utilizar escalas diarias de registro de actividades agradables y desagradables. El registro de estas actividades puede ayudarnos y orientarnos la evaluación. La actividad en sí es importante, aun cuando su principal valor reside en su relación con el medio ambiente y el papel funcional que esta tiene para el paciente. Que la actividad sea percibida como agradable (reforzada) es el primer requisito para que permanezca y sea más frecuente. Esto también es válido para conductas congruentes con el problema. Estas conductas también deben ser objeto de evaluación.
- **Para evaluar los estímulos reforzadores** disponibles, o potencialmente disponibles, debe hacerse un **análisis del comportamiento actual y pasado de la persona**, así como de su **medio ambiente actual**. La búsqueda de estímulos reforzadores útiles para movilizar su comportamiento debe centrarse en su **conducta pasada**.
En el caso de que este inventario no fuera suficiente, se deben evaluar conductas susceptibles de ser utilizadas como reforzadores.
- **En el análisis del ambiente actual del paciente** debe prestarse atención a su riqueza estimular y a en qué medida ésta es percibida por el paciente. Se trata de identificar la disponibilidad de estímulos positivos.

- **Las habilidades de la persona** atendiendo a habilidades personales y sociales. Se ha de explorar en sus distintos ámbitos para identificar de la manera más completa posible sus recursos generales, no ligados al problema de la depresión ni a ningún otro problema. Debe prestarse atención también a las habilidades sociales, en su capacidad para obtener refuerzos.
Este apartado de evaluación de habilidades debe ser esencialmente positivo.
- **Estrategias de afrontamiento** en relación con el problema, es un apartado fundamental dirigido a los aspectos más directamente relacionado con el origen y mantenimiento del trastorno.
Se han de evaluar, en relación con el problema: las habilidades sociales, los recursos de control emocional, las estrategias de solución de problemas...
La evaluación se debe hacer en relación con el problema actual y recogiendo experiencias y puesta en práctica de estrategias de afrontamiento. También debe evaluarse ideas, planes o deseos suicidas.

4.1.1 Instrumentos de evaluación

La entrevista es el medio más adecuado para la evaluación de los distintos contenidos relevantes al problema de la depresión. No obstante, la evaluación puede, y debe, ser complementada con el uso de distintos auto-informes, destacan los siguientes:

- **El Cuestionario de Pensamientos Automáticos:** evalúa la ocurrencia de pensamientos negativos y positivos en relación con la depresión
- **El Cuestionario de Estilo Atribucional Ampliado:** evalúa el tipo de atribuciones de la persona ante distintas situaciones negativas
- **Escala de Creencias:** evalúa las creencias irracionales, de acuerdo con los supuestos de la terapia racional emotiva
- **El Inventario de la Tríada Cognitiva:** evalúa los componentes de la tríada cognitiva, según el enfoque de la depresión de Beck.

La escala más utilizada históricamente es la de **Hamilton Rating Scale for Depression**. Es aplicada por un clínico entrenado a modo de entrevista semiestructurada, son 17 ítems y facilita una puntuación global de la severidad de la depresión.

De todos los cuestionarios autoinforme utilizados para evaluar la depresión, el más ampliamente utilizado es el **Inventario de Depresión de Beck**. Pese a lo extendido de su uso, algunas de las limitaciones en esta versión inicial, llevaron a sus autores a realizar y publicar una nueva versión de este cuestionario, conocida como **BDI-II**.

El BDI no es un instrumento para diagnosticar depresión, sino para identificar los síntomas depresivos y para cuantificar su intensidad. Su utilidad en la práctica clínica reside en valorar el estado del paciente en un momento dado; asimismo, por su sensibilidad al cambio.

El Patient Health Questionnaire, es un autoinforme de 9 ítems para evaluar los síntomas de la depresión según el DSM-IV diseñado para ser aplicado en atención primaria. El rango de medida es de 0 a 27 y se usan como umbrales: 5 (media), 10 (moderada), 15 (moderadamente severa) y 20 (severa) el punto de corte para detectar la presencia de depresión es 9.

Center for Epidemiological Studies Depression Scale y la escala de ansiedad y depresión en hospital, especialmente diseñada para evaluar la ansiedad y la depresión en pacientes no psiquiátricos, sino con trastorno básicamente sintomático

4.2. Diagnóstico del trastorno

El rótulo “depresión” incluye diversos problemas: tristeza, falta de actividad e interés, sentimientos de culpa, etc. Desde un punto de vista terapéutico basta con identificar los problemas concretos que presenta, para evaluarlos y tratarlos.

No obstante, es preciso conocer el conjunto de problemas posibles, tal y como son recogidos en el DSM-5, dentro de la categoría de trastorno del estado de ánimo, para mejor evaluar y delimitar el acercamiento al caso. Además del diagnóstico diferencial es preciso considerar la relación con problemas endocrinos.

La hiperactividad “hipotálamo-hipófisis-corteza adrenal”, como es el caso del síndrome de Cushing es un ejemplo de ello. También el hipotiroidismo presenta una sintomatología que puede inducir a error. Por todo ello es necesario ser cauteloso en la evaluación de los distintos componentes que habitualmente se encuadran dentro del rótulo de depresión.

5. REVISIÓN DE LOS TRATAMIENTOS

El tratamiento cognitivo-conductual es hoy día aceptado y recomendado como recurso terapéutico para la depresión.

Los objetivos terapéuticos son:

1. Recuperar las actividades habituales
2. Resolver los problemas de una forma activa y adaptativa.

Para conseguir estos objetivos se necesita: aumentar la actividad, mejorar el estado de ánimo y modificar algunos aspectos cognitivos.

5.1. Revisión de los principales tratamientos

Rhem realizó una revisión de los tratamientos y los clasificó en 4 grupos:

1. Programas conductuales dirigidos al aumento de la actividad y recepción de refuerzo.
2. Programa de entrenamiento en habilidades.
3. Terapia cognitiva de Beck.
4. Programas de auto-control.

5.1.1 Programas conductuales

Primeros programas desarrollados para el tratamiento de la depresión. Se centran básicamente en promover cambios ambientales, que posibiliten un aumento en la recepción de estímulos positivos, y una mejora de las habilidades personales para poder acceder a más estímulos reforzadores.

Pretenden que el paciente mejore su exposición a estímulos positivos, lo que redundará en una mejora de su estado de ánimo. Esto también puede hacerse mediante la realización de actividades placenteras de diversa índole. Lewinsohn recoge una amplia lista de posibles actividades placenteras.

En un 2º lugar está el mejorar las habilidades del paciente para obtener más y mejores estímulos positivos. Para ello el EHS, en la búsqueda del refuerzo social, o la mejora en la puesta en marcha de las habilidades existentes, es fundamental.

Este programa de tratamiento ha ido dirigido tradicionalmente a cubrir los déficits concretos del paciente, de acuerdo con el análisis conductual del caso, pero también se aplica en terapias de grupo (12 sesiones).

Queda clara la eficacia del tratamiento conductual, aun cuando debe aclararse qué variables, tanto del tratamiento como personales del paciente, son las responsables de la eficacia clínica.

5.1.2 Programas de entrenamiento en habilidades sociales

Constituyen una parte de los programas conductuales. Lewinsohn lo incluye específicamente dentro de su programa de tratamiento, como medio para obtener más refuerzo social. Sin embargo, otros autores consideran que la falta de determinadas habilidades puede estar relacionada directamente con la depresión. Así el EHS sería un modo de resolver determinados problemas o conflictos.

Seguendo a Rehm, la utilidad del entrenamiento en habilidades sociales ha sido claramente constatada frente al no-tratamiento. Sin embargo, la comparación con otros tratamientos no establece una predominancia clara.

Los programas de EHS se han centrado especialmente: en el ámbito de la comunicación y el desarrollo de estrategias de afrontamiento en la pareja.

El carácter psicoeducativo de estos programas lo hacen especialmente útil en intervenciones de atención primaria, en especial en personas con un nivel medio o moderado de depresión, comparado en el tratamiento habitual.

5.1.3 Terapia cognitiva

Es uno de los tratamientos más ampliamente utilizados. Su alto grado de estructuración facilita su aplicación y es un ejemplo positivo de cómo debe ser un tratamiento desde la Terapia de Conducta.

Su punto fundamental estriba en considerar que la depresión es debida a la distorsión que de la realidad hace el paciente (de uno mismo, de los demás y del futuro), debido a la activación y puesta en marcha de esquemas cognitivos que generan dichas distorsiones y otros productos como los pensamientos automáticos.

La peculiaridad de la TC estriba en la existencia de los denominados “esquemas cognitivos”: constructos que se refieren a estructuras latentes, que son inferidas y a las que se les confiere una entidad por sí mismas, de carácter asituacional. Las características de este planteamiento lo acercan a los enfoques que hacen hincapié en el PI y en el proceso de memorización y recuperación de determinado tipo de materiales.

Tiene 2 implicaciones claras:

1. Que la TC no es un tratamiento centrado en el dialogo socrático en el que se trata de “convencer” al paciente, o de que éste cambie unos esquemas cognitivos intrínsecamente malos o negativos, puesto que lo inadecuado de los esquemas es la distorsión ilógica o irracional, en el sentido de su falta de correspondencia con la realidad accesible al sujeto.
2. Que en consecuencia la TC incluye distintos componentes conductuales, en los medios utilizados para generar el cambio, lo que dificulta la comparación estricta con los programas conductuales.

La eficacia de la TC en el tratamiento de la depresión ha sido también ampliamente contrastada, siendo considerada como un tratamiento empíricamente validado. Se ha mostrado eficaz en la prevención de recaídas.

Una alternativa a la TC, especialmente cuando la depresión es crónica, es la denominada **Sistema de Análisis Cognitivo Conductual de Psicoterapia**. La idea básica es que los pacientes son incapaces de reconocer la conexión entre su comportamiento y sus consecuencias en el contexto interpersonal. Se trata de una terapia altamente estructurada orientada a las relaciones interpersonales y que incluye las relaciones del paciente fuera de la terapia.

Los resultados obtenidos en diversos estudios muestran su utilidad en pacientes con depresión crónica y baja motivación, así como una mayor eficiencia frente a la terapia interpersonal o a la psicoterapia breve.

5.1.4 Terapia de aceptación y compromiso

Considera la depresión como un estado emocional y comportamental de huida, en el que es la huida en sí la que pasa a formar parte del problema, no de la solución.

En cuanto a su eficacia, no se encontraron diferencias significativas en comparación con la terapia cognitiva o la cognitivo conductual, es necesario establecer en qué casos puede ser adecuado su uso.

5.1.5 Biblioterapia y recursos tecnológicos

Es eficaz en el caso de depresiones ligeras o moderadas, consiste en lectura de textos especialmente diseñado para facilitar la información sobre los distintos aspectos, cognitivos comportamentales implicados en el mantenimiento del problema.

El más usado y del que se tiene más información sobre su eficacia es: “feeling good” (Burns) ha mostrado su utilidad al tratamiento con efectos a largo plazo (3 años). También se suma el uso de sistemas interactivos. El teléfono es una de las opciones que mejora el seguimiento de estos programas.

El uso de internet también es usado y no hay diferencias significativas en el tratamiento de la depresión mediante intervención presencial o vía internet (y similar a la del teléfono).

También han surgido App que constituyen un modo adecuado para aplicar programas (los de auto control son los más apropiados para implementar a través de las aplicaciones, aún quedan mejoras por hacer en este campo).

5.2. Estudio de la eficacia de los tratamientos

5.2.1 Consideraciones sobre el estudio de la eficacia de los tratamientos

El tratamiento de la depresión mediante la terapia cognitivo conductual, incluidas las diversas modalidades han demostrado su eficacia. La eficacia de ellas es similar, incluso la magnitud del efecto terapéutico. Ello no es sorprendente dado que los tratamientos señalados tienen elementos en común. De manera que se hace preciso un análisis más detallado, pormenorizado de dichos componentes con el objetivo de conocer en qué condiciones y para que situaciones o personas es más adecuado un tratamiento u otro.

El estudio de componentes llevado a cabo por Cuijpers obtuvo dos elementos clave:

1. Las **estrategias de regulación emocional**, que complementan la terapia cognitivo conductual con componentes de la terapia de conducta dialéctica, mindfulness, exposición emocional y solución de problemas.
2. La **activación conductual**, sin cuya concurrencia se reduce notablemente el efecto de la terapia cognitivo conductual.

El tratamiento debería contar con estrategias de regulación emocional, principalmente centradas en la exposición y aceptación y activación conductual. Diversos autores sugieren:

- Un núcleo de tratamiento: la activación conductual y/o reestructuración cognitiva.
- Una intervención compleja a la que, al núcleo, se añade bien psicoeducación o entrenamiento en habilidades.
- Otra intervención ultra compleja, a la que se añaden solución de problemas y prevención de recaídas.

Los casos menos graves serían abordados mediante las dos intervenciones más sencillas y los más complejos, con comorbilidades, mediante la más compleja.

Un asunto controvertido es el **uso del entrenamiento en relajación** ya que puede ser contraproducente. Dicho entrenamiento puede trabajar en dirección opuesta al cambio que requiere más activación que desactivación e incluso interferir en la exposición emocional. Autores han obtenido datos congruentes con este posible efecto negativo, al constatar que tener dificultades para relajarse es un factor positivo.

La especificidad de los tratamientos no reside en los efectos que producen ya que todos afectan de modo global al comportamiento y todos producen una mejora en el problema.

Hay una **pugna entre las diferentes corrientes** de tratamiento, pero esta polémica está vacía de contenido:

1. Porque toda intervención se hace, y afecta, de modo global a la persona.
2. Porque todos los procedimientos terapéuticos incluyen elementos que afectan específicamente a los distintos componentes del comportamiento.

La elección del tipo de tratamiento debe realizarse en función de las características personales del paciente, determinadas por las variables de personalidad y las expectativas del paciente.

Una parte importante del cambio terapéutico se produce al comienzo de la terapia. Algunos trabajos han puesto de manifiesto que los **cambios fundamentales en el tratamiento de la depresión se producen en las primeras sesiones de tratamiento**. Esto podría volver a reforzar **el papel de las expectativas del paciente y de la adecuación de la terapia a sus características personales**. En las primeras sesiones es más importante el impacto que tiene la terapia y las tareas propuestas que el efecto específico perseguido.

5.3. Selección de las estrategias terapéuticas y su secuenciación en el proceso de intervención

En la **práctica clínica**, **el proceso de intervención debe estar basado en los recursos terapéuticos disponibles** y debe llevarse a cabo de una **forma paulatina e incremental**, asumiendo que los cambios que se van generando pueden facilitar y globalizar el proceso general de cambio.

El **punto de referencia general** es el de un **tratamiento individual**, a excepción del curso para el tratamiento de la depresión propuesto por Lewinsohn. En la aplicación y secuenciación de las distintas alternativas terapéuticas, deben tomarse como referencia las **características particulares del caso**. Deben conjugarse tanto los déficits del paciente como sus habilidades.

5.3.1. Criterios y consideraciones diagnósticas

El tratamiento de la depresión, desde la terapia de conducta, supone intervenir sobre aspectos concretos que constituyen las quejas del paciente: falta de interés, tristeza, sentimientos de incapacidad o inutilidad, etc. Es preciso explorar la presencia de trastornos o problemas, aunque no figuren en las quejas para un abordaje adecuado del caso. Entre ellos cabe reiterar y destacar los siguientes:

- La presencia de pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida.
- Las disminuciones importantes de peso.
- La ocurrencia de sentimientos de culpa excesivos e incluso delirantes.

Además, deben tenerse en cuenta algunos **aspectos adicionales** para un mejor abordaje del problema:

1. **Se debe atender a la existencia de periodos de carácter maniaco**. Esto no impide el abordaje psicológico del problema, pero deben tenerse en cuenta las peculiaridades derivadas de la concurrencia en el caso de depresión bipolar. Además, el tratamiento farmacológico al que pueden estar sometidos.
2. Si el paciente presente **sintomatología psicótica**, requerirá la intervención del psiquiatra.
3. **La intervención psicológica y la psicofarmacológica son compatibles**. No obstante, es preciso conocer y evaluar el impacto que pueda tener sobre el tratamiento, en especial en pacientes con un tratamiento psicofarmacológico prolongado.

5.3.2. Análisis conductual y marco general del tratamiento

El **principal objetivo** al iniciar la intervención es establecer una adecuada relación con el paciente, de modo que la **relación terapéutica le resulte gratificante y reforzante**. La relación terapéutica **es esencial**. Para ello, se supeditará la evaluación al ritmo que permita avanzar sin favorecer una disminución del estado de ánimo.

La **relación terapéutica** tiene que ser **positiva y reforzante para el paciente**, debe atenderse especialmente a los **aspectos positivos del comportamiento, identificar aficiones...** que el tiempo dedicado a hablar de aspectos y cuestiones positivas sea mayor que el dedicado a aspectos y cuestiones negativas ya que contribuye a mejorar el estado de ánimo del paciente.

5.3.3. Inicio del tratamiento

El **objetivo de la fase inicial de la intervención** es producir una mejoría en el estado de ánimo del paciente, en su nivel de actividad general, así como en otros aspectos asociados al problema.

Punto de partida inicial la **evaluación** de estos aspectos:

- **Inventario de depresión de Beck**, por su facilidad de uso y sencillez.
- Otra opción es el uso de una **escala numérica subjetiva de estado de ánimo**, como proponen Lewinsohn: Una escala del 1 al 9, en el que el 1 es muy deprimido y el 9 muy contento. La ventaja de esta escala es que puede incluirse en la evaluación de situaciones concretas y de su evolución a lo largo del tiempo.

También es útil determinar el nivel de actividad como variable dependiente para seguir la **progresión del tratamiento**.

Puede confeccionarse una **lista de actividades**. Esta lista de actividades ha de recoger:

- Las actividades que realiza en el momento presente.
- Las actividades que realizaba antes del problema.
- Actividades de acuerdo con sus habilidades, gustos e intereses.

MEJORA DEL ESTADO DE ANIMO

El estado de ánimo es, al mismo tiempo, **causa y consecuencia** del problema y forma parte del núcleo del proceso circular que retroalimenta la depresión. Por ello, y por su poder motivacional, **debe abordarse al comienzo**.

Los **ingredientes básicos de los procedimientos** dirigidos a mejorar el estado de ánimo son:

- **La distracción** -> bloquea momentáneamente la atención del paciente hacia aspectos negativos.
- **La exposición a estímulos o situaciones que le evoquen emociones positivas y bienestar** -> permiten que afloren sensaciones agradables y que el paciente se sensibilice a ellas.

Procedimientos para lograr la mejora del estado de ánimo:

Enriquecimiento del medio ambiente	Proyección temporal con reforzamiento positivo	Uso de la terapia y relación terapéutica
------------------------------------	--	--

1. Enriquecimiento del medio ambiente

Se trata de que el **paciente preste atención a aspectos distintos a los que habitualmente presta atención**, se pretende con ello **cambiar su foco atencional hacia estímulos no relacionados con el problema actual**. Se le instruye para que **esté alerta y trate de percibir nuevas sensaciones al centrarse en los nuevos estímulos o en aquellos a los que no presta atención habitualmente**.

2. Proyección temporal con reforzamiento positivo

Es una técnica propuesta por Lazarus para **aumentar la sensibilidad a los estímulos positivos**.

- **Su forma de presentación: imaginaria.**
- **Supuesto básico: en el momento actual las fuentes de refuerzo y la experimentación de sensaciones de bienestar son muy escasas. Las referencias al presente no sólo no son positivas, sino que pueden favorecer el mantenimiento de los pensamientos negativos.**

3. Uso de la terapia y de la relación terapéutica

La asistencia a la terapia y la relación con el psicólogo debe ser una **fuentes de refuerzo**. Es importante potenciar que el **paciente perciba como agradable la situación terapéutica**. Que el psicólogo se convierta en un agente directo y activo en la mejora del estado de ánimo del paciente.

Estrategias para lograr ese objetivo son, entre otros:

- **Facilitar que el paciente hable de temas de su interés, especialmente de aquellos en los que tenga especiales conocimientos y habilidades.**
- **Interesarse con preguntas y aclaraciones sobre temas que muestre interés.**

El objetivo es constituirse en una fuente de refuerzo para el paciente, que inicialmente va a contribuir a mejorar su estado de ánimo y que, posteriormente, nos va a ser de utilidad para reforzar los comportamientos adaptativos.

MEJORA DEL NIVEL DE ACTIVIDAD

El aumento de la actividad es un **objetivo esencial y prioritario en el tratamiento de la depresión**. Debe ser abordado desde el inicio. Para ello han de utilizarse procedimientos comportamentales que permitan una recuperación paulatina de unos niveles mínimos de actividad.

El aumento de la actividad es útil por sí mismo y se ha mostrado eficaz en el tratamiento de la depresión.

Debe ser **abordado desde un programa conductual, con un planteamiento gradual que asegure el éxito en los pasos que se vayan dando, al tiempo que mantiene su capacidad reforzadora**. El programa debe partir de una lista de tareas o actividades susceptibles de ser realizadas y que tienen una frecuencia baja en la actualidad. Llevar un registro sencillo en el que se anotan las actividades a realizar favorece el seguimiento y cumplimiento del programa.

Las actividades a realizar han de ser, en general, aquellas que ya se realizaban en el pasado, y que se han visto reducidas como consecuencia del problema depresivo. En un principio se tratará de que las actividades concretas sean lo más gratificantes posibles para el paciente. Conviene **ser prudentes y plantear metas realistas**.

En ocasiones la persona realiza un número amplio de actividades, pero estas no son gratificantes o, incluso son desagradables. Lewinsohn consideraron esto al evaluar de forma independiente las actividades agradables realizadas y las desagradables.

MEJORA DE OTROS PROBLEMAS ASOCIADOS

Además de los aspectos tratados hasta aquí, hay un conjunto de problemas que son consecuencia de ellos, o de la depresión en general si se prefiere, y que una vez resuelta esta, o conforme lo vaya siendo, irán desapareciendo.

Se trata del **nivel de activación fisiológica, los problemas del sueño y de la alimentación**.

La intervención directa sobre ellas puede ser de utilidad. Además, ello **va a mejorar notablemente la implicación del paciente en el tratamiento**. Por estos motivos, **debe valorarse la posibilidad de intervenir al comienzo del tratamiento**.

1. Activación fisiológica

La depresión se caracteriza por una **disminución de la actividad**, esto es por la **pasividad de la persona ante los problemas que tiene que afrontar**. Sin embargo, **esta pasividad puede coexistir con un elevado nivel de activación autonómica**. Este nivel de activación **pone de manifiesto la interrelación clínica entre los trastornos de ansiedad y la depresión**.

La reducción del nivel de activación, de la ansiedad, es de gran utilidad en sí misma y el efecto que tiene en múltiples aspectos básicos del comportamiento. Las **técnicas de relajación pueden ser especialmente útiles** a este respecto, **además de servir como técnica de afrontamiento**.

a. Por otro lado, los **cambios fisiológicos afectan de modo muy directo a las emociones**. Es frecuente asociar la **depresión a la desesperanza, al miedo**; sin embargo, **en ocasiones es la ira la respuesta emocional más frecuente**. La expresión de la ira se ve dificultada por las normas, usos y presión social, sin embargo, su expresión tiene efectos muy positivos en la mejora del estado de ánimo y de la ansiedad.

2. Alteraciones del sueño

El **insomnio es la alteración más frecuente**, tanto como **dificultad para conciliar el sueño como por el despertar prematuro**. Es generalmente **debido a 2 factores**:

1. **La actividad cognitiva inadecuada.**
2. **La activación fisiológica que dificulta también la conciliación del sueño.**

La **disminución de la activación fisiológica, mediante relajación, puede ser de gran utilidad**. Otros procedimientos como el control de estímulos, intención paradójica, etc., son también de utilidad.

Debe tenerse presente que **una mejora en el sueño es percibida por el paciente de forma muy positiva y posibilita un descanso que favorece fisiológicamente una mejora del problema**.

Se ha de tener en cuenta si el paciente está ingiriendo algún fármaco con un efecto directo o indirecto sobre el **sueño**. Con respecto a los fármacos antidepresivos hay que señalar que los tricíclicos producen en general **somnolencia**, sin embargo, los ISRS producen alternativamente **insomnio y somnolencia**.

3. Alteraciones en la alimentación

Cabe destacar especialmente la **disminución del peso**. La falta de interés por la comida puede generar una deficiente alimentación. Además, **en algunos casos, produce un estado de debilidad que dificulta aún más el tratamiento**.

Debe tratar de instaurarse las pautas habituales de ingesta, introduciendo los alimentos habituales, según las **preferencias pasadas del paciente**.

Por otro lado, **los tricíclicos e inhibidores de la recaptación de la serotonina tienen entre sus efectos secundarios la anorexia**, lo que naturalmente afecta negativamente a la recuperación de los hábitos alimentarios normales.

5.4. Identificación del problema y estrategias de afrontamiento

El **objetivo** de esta 2ª fase del tratamiento es abordar el problema que ha dado origen al inicio y el mantenimiento de la depresión.

Puede decirse, en general, que **la depresión es un problema de falta de recursos y habilidades de afrontamiento**. El desencadenante puede ser cualquier situación que ponga a prueba, y supere, esa capacidad. Lo importante no es la **ocurrencia de un hecho, sino la incapacidad de la persona para superar esa situación**. Para el tratamiento de la depresión, el suceso desencadenante es anecdótico y los efectos desencadenados centrales.

La exposición al problema que originó la depresión no sólo no es terapéutica, ni superflua, sino que es perjudicial.

5.4.1. Auto-evaluación y auto-refuerzo

Una primera forma de actuar sobre las estrategias disponibles para afrontar el problema de la depresión es conocer los determinantes de su propia conducta y en qué medida éstos afectan al problema. Se trata de **aprender a regular el propio comportamiento como estrategia básica de afrontamiento del problema.**

El objetivo es potenciar que el paciente detecte y valore implicarse en actividades importantes para él, en lugar de instalarse en la inactividad. Además de que en las tareas concretas que realice sea capaz de utilizar unos criterios de auto-evaluación menos severos, valorando las consecuencias inmediatas y mediatas y potenciando el uso de estrategias de auto-refuerzo.

5.4.2. Resolución de problemas

Una habilidad requerida frecuentemente es la **capacidad para resolver problemas directa o indirectamente relacionados con ella.** Además, introduce al paciente en el uso de procedimientos sistemáticos, formales, ligados a los datos que serán de gran utilidad dentro del uso de los procedimientos de control cognitivo de la depresión. **Afrontar “racionalmente”, no “emocionalmente”.**

Las habilidades para resolver problemas **ejercen un papel modulador de la relación entre factores estresantes y el desarrollo de la depresión.**

5.4.3. Control cognitivo

La forma en que el paciente interpreta la realidad, en relación con el problema y en su vida, puede también requerir una intervención específica. Puede que una parte de esta forma de analizar la realidad se haya visto modificada por intervenciones precedentes. De no ser así, o no ser suficiente, debe abordarse trabajando directa y específicamente sobre ellas.

El **objetivo** es analizar el contenido de:

- Los pensamientos.
- Valoraciones.
- Creencias.

Adoptar una postura incrédula, que cuestione cualquier tipo de interpretación o visión de la realidad, en tanto no se encuentre un apoyo empírico. De este modo se logrará cuestionar y eliminar el carácter “verdadero y lógicamente bien construido” que para el paciente tienen sus pensamientos, al tiempo que surgen alternativas más acordes con la realidad y más adaptativas para el paciente.

El carácter de la intervención no puede ir dirigida a que el paciente elimine todo pensamiento ilógico o inadaptativo y a que, por el contrario, piense cómo los psicólogos determinan qué se debe pensar. **Sólo debe intervenir sobre aquellos aspectos inadecuados relacionados con el problema.**

La **intervención cognitiva va a ir dirigida a** la detección y modificación de los pensamientos automáticos, de las atribuciones negativas y de las creencias disfuncionales

5.4.4. Recursos específicos

La persona puede requerir **habilidades específicas** para afrontar alguno de los aspectos relacionados con el problema. En este caso es preciso incluir en el tratamiento el entrenamiento necesario para adquirir dichas habilidades. Quizá las 2 más frecuentes se refieren al **comportamiento social y al control fisiológico-emocional**.

El EHS ha sido un elemento tradicional en los programas comportamentales de la depresión, por la relación de dichas habilidades con la capacidad para obtener refuerzo social. Los principales elementos a abordar son:

- Las habilidades de conversación, porque permiten mejorar el nivel de interacción verbal, moldear las habilidades de escucha y facilitar ocasiones posteriores de interacción social.
- Saber halagar y aceptar el halago de forma adecuada.
- Saber manejar las críticas, hacer y aceptar críticas de forma adecuada y sin implicarse emocionalmente.

Su eficacia ha sido evaluada tanto en aplicaciones individuales, como en grupo.

El **control fisiológico-emocional** es también de utilidad.

- El **entrenamiento en relajación** es útil porque permite un control de la activación fisiológica y de la ansiedad, y permite experimentar la capacidad de controlar de forma adecuada y eficaz ciertas actividades somáticas.
- La **expresión emocional** es también importante. La realización de ejercicios sencillos de expresión asertiva puede favorecer también esa necesidad de manifestación emocional.

5.5. Prevención de recaídas

Un buen resultado en el tratamiento de la depresión no asegura que no pueda volver a presentarse este trastorno. Se trata, no obstante, de evitar que en el periodo inmediatamente posterior al tratamiento (6-12 meses), pueda volver a ocurrir. Cuanto más adecuado haya sido el tratamiento y mejores habilidades se hayan adquirido, menor es la probabilidad de que el trastorno vuelva a aparecer.

Factores de riesgo de recaída:

- Permanencia de problemas no resueltos.
- Existencia de episodios depresivos previos.

5.5.1. Terapia cognitiva de la depresión basada en la conciencia plena para la prevención de las recaídas depresivas

Segal, Williams y Teasdale han desarrollado un tratamiento para la prevención de las recaídas depresivas que, en vez de centrarse en la modificación del contenido de los pensamientos depresivos **ayuda a los pacientes a distanciarse de dichas experiencias entablando con ellas una nueva forma de relación adaptando el procedimiento de mindfulness**.

Desarrollan un programa al que denominan "**Terapia cognitiva de la depresión basada en la conciencia plena**" (**TCAP**), destinado a la prevención de las recaídas depresivas en pacientes recuperados de uno, o varios, episodios graves de depresión.

- Programa psicoeducativo
- Estructurado en 8 sesiones, con una entrevista de evaluación inicial y 4 sesiones de seguimiento a lo largo del año siguiente.
- Las clases se imparten en grupos de unos 12 participantes y tienen un carácter eminentemente práctico.

Atendiendo a los contenidos que se imparten, el programa puede estructurarse en 2 fases:

1. **Sesiones 1-4. Destinada a que los participantes aprendan a prestar atención con conciencia plena a diferentes aspectos, primero el propio cuerpo, después la respiración y finalmente los pensamientos negativos.**
2. **Sesiones 5-8. Se centra en aprender a detectar los cambios del estado de ánimo y afrontarlos adecuadamente.** Para ello se instruye a los participantes para que primero acepten la ocurrencia de pensamientos o sentimientos negativos y les permitan estar ahí, sin emprender ninguna estrategia para modificarlos. Una vez aceptados, se les enseña a que elijan cuál es el mejor modo de responder ante estos pensamientos o sentimientos, optando por estrategias propias del abordaje de la atención plena o adoptando estrategias propias de la terapia cognitiva.

Así, se les enseña que en algunas ocasiones la mejor estrategia es la aceptación. En otras ocasiones se les enseña que pueden elegir abordar estas experiencias mediante la meditación. Asimismo, se les instruye para que puedan elegir, si lo consideran oportuno, afrontar directamente la dificultad mediante estrategias cognitivo-conductuales.

Finalmente, se les enseña a que descubran cuáles son los indicios que en cada persona informan de la inminencia de una bajada en el estado de ánimo y que los utilicen como señales de alarma para poner en marcha las estrategias que cada participante diseña en las sesiones finales del programa.

EFICACIA DE LA TCAEP - ESTUDIOS:

En pacientes con tres o más episodios previos (el 77% de la muestra), el programa de TCAP reducía en casi un 50% las tasas de recaídas depresivas, siendo esta disminución significativa en comparación con los pacientes que recibieron el tratamiento habitual. Sin embargo, en los pacientes que sólo habían tenido uno o dos episodios no se encontraba una diferencia significativa en la disminución de su tasa de recaídas respecto al tratamiento habitual.

En una replicación posterior del estudio se confirmó la eficacia de la TCAP para reducir entre el 40% y el 50% la probabilidad de recaída en pacientes que han sufrido previamente tres o más episodios de depresión.

5.6. Pensamientos y conductas suicidas

El suicidio es el problema más grave que puede plantearse en la intervención psicológica, y/o psiquiátrica, de la depresión. Esta situación límite no está ligada exclusivamente a la depresión. Sin embargo, la relación con la depresión es evidente, si se considera que del 30 al 50% de los suicidios están asociados al padecimiento de algún tipo de trastorno depresivo.

Los objetivos clínicos ante este problema son:

- Identificar qué variables son indicativas de riesgo.
- Saber cómo evaluar correctamente la temática en torno al suicidio.
- Qué medidas terapéuticas seguir.

El perfil del paciente depresivo con riesgo de suicidio no está definido con claridad, principalmente debido a que la mayoría de los estudios se han realizado con personas que intentaron suicidarse y que, en último extremo, no consumaron el suicidio.

Se ha considerado que variables tales como la gravedad de la depresión, la disminución de la actividad e incapacitación general del paciente, la existencia de intentos de suicidios y la desesperanza, son alarmas que señalan un suicidio inminente.

En el ámbito psicológico, se ha prestado especial atención a la desesperanza, aunque la desesperanza no predice la ocurrencia de un suicidio inminente, sí lo hace en un periodo de 1 a 5 años después. Esto ocurre igualmente para el resto de las variables señaladas.

Variables que sí predicen la ocurrencia del suicidio en un periodo de 1 año:

- Un episodio depresivo reciente.
- Alto nivel de ansiedad.
- Anhedonia.
- Insomnio.
- Disminución de la concentración.
- Indecisión.
- Consumo excesivo de alcohol.
- Ataques de pánico (62%).

Consideraciones clínicas en la **evaluación** de paciente depresivo con ideación suicida:

1. Deben incluirse preguntas concretas sobre pensamientos de deseo de morir, suicidio y sobre conductas suicidas.
2. Debe evaluarse la importancia y profundidad de los pensamientos suicidas, **no interrumpiendo** al paciente cuando esté informando sobre ello, ya que **disminuye la empatía** y **favorece que el paciente niegue el problema**.
3. La evaluación debe comenzar por una descripción libre del paciente, para evaluar cómo se expresa.
4. En primer lugar, se debe evaluar la tristeza, apatía, anhedonia, irritabilidad y ansiedad.
5. En segundo lugar, preguntar por los sentimientos de pesimismo, desesperanza y la relación de la disforia con el futuro.
6. En tercer lugar, en relación con la desesperanza y la disforia, preguntar por los pensamientos suicidas.
7. Es preferible abordar el tema con naturalidad y directamente que con subterfugios.
8. Potenciar que el paciente hable libremente con naturalidad, sin tapujos y sin interrupciones sobre el problema.
9. Si el paciente niega la existencia de pensamientos suicidas esto no quiere decir, necesariamente, que no existan. Puede ser que niegue o no admita los pensamientos, que no estén presentes en ese mismo momento, pero sí los tenga, o que intente convencerse de que, aunque existen son poco importantes.
10. En los casos en que existan dudas sobre la existencia o no de los pensamientos, debe entrevistarse a familiares o personas allegadas al paciente, para contrastar la información.
11. Si el paciente admite la existencia de los pensamientos debe determinarse si son pensamientos activos de suicidio o pasivos. Si son activos se ha de preguntar qué métodos de suicidio ha pensado utilizar, qué planes tiene y si ha ensayado mentalmente alguno de los planes, y si ha hecho alguna aproximación real.
12. Otro aspecto a explorar es si en sus pensamientos o planes suicidas se ven implicadas otras personas: esposa o esposo, hijos, familiares, etc. Un pequeño porcentaje de suicidios viene precedido de un homicidio.
13. Se ha de valorar la facilidad de acceso a instrumentos para el suicidio para evitar con la ayuda de los familiares la disponibilidad de éstos.
14. Entrevistar a una persona próxima al paciente, puesto que frecuentemente las personas con pensamientos suicidas se lo comunican de alguna forma a amigos, compañeros o familiares.

Toda ideación suicida, o conducta relativa a ésta, debe ser tomada en serio y sin ninguna ambigüedad. Por otro lado, **debe explorarse con detalle todos los aspectos relacionados con el suicidio porque sólo de esta manera se estará en mejores condiciones de valorar el riesgo y actuar en consecuencia.**

Consideraciones clínicas sobre el **tratamiento** del paciente depresivo con riesgo de suicidio:

1. Reducir o prever la reducción de un episodio agudo depresivo, puesto que incrementa el riesgo de suicidio.
2. Si el riesgo de suicidio es grave se ha de determinar si éste puede ser controlado en su ambiente natural o requiere el internamiento hospitalario.
3. Si el paciente no acepta voluntariamente la hospitalización el clínico debe decidir si toma él la decisión de indicar dicho internamiento o alguna actuación similar.
4. Ante un riesgo de suicidio inminente no se debe dejar solo al paciente y hacer las gestiones precisas en su presencia para que sea trasladado a un hospital, haciéndole ver que es mejor que sea visto por otros profesionales cualificados para evaluar mejor su caso.
5. Es preciso, desde el primer momento, contar con la colaboración de la familia para cualquier tipo de decisión, especialmente si el paciente niega el problema o se niega a tomar las medidas oportunas.
6. Si el paciente es hospitalizado requerirá de forma inmediata reducir la ansiedad y la agitación y prevenir un ataque de pánico, factores éstos también de alto riesgo.
7. El tratamiento psicológico y psicofarmacológico está indicado para reducir los factores antes señalados.
8. Aunque el hospital es, en general, más seguro en la evitación del suicidio, que la propia casa del paciente, se han de tomar medidas de control y precaución que lo impidan. Deben extremarse las precauciones.
9. Pacientes con riesgo elevado y crónico de suicidio deben recibir tratamiento en régimen interno en un hospital.
10. Con independencia de si se interna o no al paciente debe tenerse presente:
 - Algunos pacientes niegan la importancia de factores psicológicos, atribuyéndolos a causas físicas.
 - Debe tenerse especial cuidado en aquellos pacientes con depresión que se encuentren expuestos a una situación estresante concreta, pues puede aumentar extraordinariamente el riesgo de suicidio inmediato.
 - Algunos pacientes han elegido la opción del suicidio como una alternativa a la solución de sus problemas, habiendo elaborado y construido cognitivamente esta solución (ingresar al paciente).
 - El terapeuta debe resistir a la desesperanza del paciente y no concluir ningún procedimiento prematuramente.

Una vez determinado el riesgo de suicidio del paciente han de tomarse las medidas terapéuticas necesarias. Estas medidas van dirigidas, básicamente a:

- Reducir los factores de riesgo.
- Impedir de forma físicamente efectiva, que el paciente consuma el suicidio.
- Reducir posteriormente el nivel agudo de ansiedad, miedo y agitación.
- Tratar el problema clínico: la depresión.

6. PROGRAMA DE TRATAMIENTO PROPUESTO

El **Programa de Activación Conductual Breve** es el propuesto para el **tratamiento de la depresión**.

Este protocolo **no requiere un especial entrenamiento de los terapeutas y puede adaptarse fácilmente a las características y necesidades de cada paciente.**

Se centra básicamente, en motivar a guiar al paciente, de una forma muy sistemática, para que realice actividades saludables y deje de practicar las conductas depresivas que hasta ahora venía realizando.

- La **intervención** se suele desarrollar en un **total de entre 10 y 12 sesiones**, todas ellas centradas en las **estrategias de activación**.
- Las **sesiones iniciales** se dedican a **evaluar la función que cumplen las conductas depresivas**. Explicar que estos **comportamientos se mantienen por reforzamiento positivo (atención) o negativo (escapar)**.
- El **proceso de activación conductual se inicia desde el primer momento**; su objetivo es ir incrementando la **frecuencia de las conductas saludables y el refuerzo que se recibe por ellas**. Para ello debe comenzarse por **entrenar al sujeto para que registre las actividades que normalmente se realizan "línea base"**. A partir de esos datos, **terapeuta y cliente conjuntamente establecen los objetivos y con ellos se elabora una jerarquía de actividades**.
- Para motivar al paciente y para orientar el curso de la intervención, el **terapeuta va reflejando la realización de las tareas y la consecución de los objetivos en un registro maestro**.

El protocolo de tratamiento se presenta estructurado en **6 módulos o unidades**, a los que se dedica un **tiempo variable**. Las **primeras sesiones** suelen ser de 1 hora y después dependerá del progreso del cliente, pudiendo ser de **15 o 30 minutos o por teléfono**.

Unidad 1. Introducción

Se comienza por hacer una **breve introducción al tratamiento**, entregando al paciente una copia del manual de tratamiento e informándole de que en él se resume, paso a paso, los **aspectos más relevantes del tratamiento**.

Asimismo, se le informa de que este manual se ha diseñado para ser usado durante las sesiones, en colaboración con su terapeuta, bien como un tratamiento completo o bien como un componente más de una terapia más amplia.

- A través de las **3 primeras unidades** se va a proporcionar al cliente **información sobre la depresión y sobre el tipo de tratamiento que se sigue en este programa**.
- Luego, **en unidades 4 a 6** es cuando se **desarrolla el proceso de tratamiento propiamente dicho**.

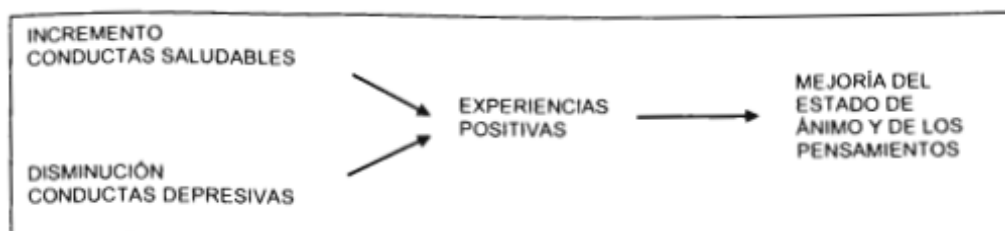
Finalmente, se le informa de que va a contar con la asistencia de su terapeuta para ir adaptando la intervención a sus **necesidades individuales y para ayudarle a lo largo del proceso de intervención**.

Unidad 2. Reconocimiento de la Depresión

Se proporciona al cliente **información sobre la definición, prevalencia y características clínicas de la depresión**. Se finaliza **aportando los criterios del DSM-5 para el diagnóstico de depresión**. Se trata de una **información breve y redactada de manera sencilla**.

Unidad 3. La activación conductual en el tratamiento de la depresión

En esta unidad es donde se explica la lógica subyacente al **modelo de activación conductual** para el tratamiento de la depresión. Se debe indicar que **se trata de una aproximación conductual y contextual**, lo que significa que su **objetivo es producir cambios en el entorno de la persona y en su comportamiento para a través de ellos conseguir la mejoría de su estado de ánimo, de sus pensamientos y, en definitiva, de su calidad de vida**.



Aunque se trata de una terapia conductual, no por eso ignora los sentimientos y los pensamientos, sino que la mejoría de estos aspectos se consigue cuando la persona experimenta las consecuencias positivas de su conducta.

En este modelo distingue entre:

- **Conductas depresivas:** tanto los síntomas como los comportamientos relacionados con la depresión
- **Conductas saludables:** las acciones positivas que son inconsistentes con las conductas depresivas.

Para que el paciente comience a distinguir ambos tipos de conducta, se deben describir los principios básicos del **aprendizaje operante**, aplicado tanto a las conductas depresivas como a las saludables.

Estas **conductas depresivas** suelen producir sus **beneficios de forma inmediata**, por lo que es normal que se hagan cada vez más frecuentes.

Durante la depresión es normal que la frecuencia de las conductas depresivas se incremente mientras, por el contrario, disminuya las de las conductas saludables. Para evitar que los pacientes se sientan culpables por sus conductas depresivas, se les explica que esta es una forma de comportamiento totalmente normal y que estas conductas, para muchas personas, son la mejor manera de afrontar ciertas situaciones difíciles.

Durante las sesiones se van a **analizar sus comportamientos depresivos**, pero este análisis no es para que se sientan mal o culpables, sino **para encontrar soluciones**. Que la mejor forma de frenar esa espiral depresiva y conseguir mejorar el estado de ánimo es disminuir las conductas depresivas e incrementar las saludables.

Unidad 4. Preparando el tratamiento

Se inicia esta unidad explicando la **necesidad de tener una medida inicial de todos los síntomas que presenta la persona**, de su nivel de gravedad y de la forma en que interfieren en su vida cotidiana. Para ello se le presentan una serie de **cuestionarios y auto-registros** que sirven para **establecer la línea base**, y **ayudan a delimitar los objetivos** y a **valorar los progresos de la intervención**. Concretamente se utilizan los siguientes:

- **BID-II.** Este cuestionario se cumplimenta al inicio de la intervención para establecer la línea base de los síntomas depresivos y luego cada 2 semanas para evaluar la evolución de dichos síntomas.
- **Registro de actividades realizadas.** Para conocer cuáles son las actividades que en estos momentos realiza el paciente a diario. Debe anotar, hora a hora, las actividades que realiza cada día durante una semana.

Se debe explicar al paciente que durante esta semana tiene que seguir comportándose como lo hace normalmente, y anotar las actividades que realiza en cada franja horaria, aunque sean mínimas o las considere insignificantes.

Se insiste en la **importancia de esta tarea**, que por una parte servirá para que la persona tome conciencia de cuál es su nivel real de actividad y para explorar qué tipo de actividades son las que realiza y cuales le resultan agradables.

Finalmente se señala la **importancia de crear un entorno que apoye la realización de conductas saludables**. Se pide al paciente que comience por hablar con sus allegados para explicarles su necesidad de ir **incrementando de forma gradual su nivel de conductas saludables**, y para pedirles que, no centren su atención en las conductas depresivas y, por el contrario, se esfuercen en atender a sus intentos de realizar actividades saludables. El **objetivo** es que la **depresión deje de ser el foco de las interacciones con todos los allegados**.

También se puede pedir a los familiares (o amigos elegidos) que:

- **Refuercen** (con atención o privilegio previamente acordado) cualquier intento de realizar las conductas saludables que se acuerden.
- **Castiguen** (retiren atención o privilegio previamente acordado) la realización de conductas depresivas.

Unidad 5. Empezando

Una vez establecido el nivel base de los síntomas depresivos y del nivel de actividad, es cuando se inicia el tratamiento de activación conductual propiamente dicho. Para ello se siguen 2 pasos secuenciales:

1. **Identificar las actividades potenciales.** Identificar las actividades que a la persona le gustaría plantearse como objetivo. Se sugiere que consideren las posibles actividades en cada una de las 10 áreas siguientes:

Relaciones familiares	Aficiones/tiempo libre
Relaciones sociales	Voluntariado/actividades políticas
Relaciones íntimas	Salud
Educación, formación	Espiritualidad
Empleo, profesión	Aspectos psicológicos, emocionales

Se debe insistir en que indique actividades concretas, observables y medibles. También hay que delimitar cómo algunas de las actividades van a ser consideradas como objetivos a largo plazo.

Es conveniente seleccionar actividades de distinto grado de dificultad y tener en cuenta que en algunos casos los posibles beneficios que de las más difíciles se deriven pueden retrasarse mucho.

Para asegurarse el éxito inicial es conveniente incluir al inicio al menos 3 de las actividades saludables que la persona todavía realiza. En total el paciente debe seleccionar 15 actividades anotando el grado de dificultad del 1-15.

2. **Crear una jerarquía de actividad.** Considerando el grado de dificultad de cada una de las 15 actividades seleccionadas, se debe crear una jerarquía, agrupando las actividades de 3 en 3, en función de su nivel de dificultad. En total se consideran 5 niveles de dificultad creciente (empezando por 3 que ya realiza).

Ejemplo:

NIVEL 1	- Levantarme antes de las 12 - Hacer la cama - Jugar con el perro
NIVEL 2	- Hacer la comida - Lavar los platos - Hablar por teléfono con amigos o familia
NIVEL 3	- Levantarme a las 10 - Dar un paseo - Hacer punto, ganchillo o coser
NIVEL 4	- Visitar a un amigo - Hacer ejercicio en el gimnasio - Ir a clase de inglés
NIVEL 5	- Levantarme a las 8 - Preparar el desayuno y desayunar con mis hijos - Colaborar como voluntaria en el hospital

Unidad 6. Registros y Gráficas de los Progresos

Una vez realizada la jerarquía de actividad, es necesario planificar la forma en que se irán incluyendo esas actividades en la vida de la persona y cómo se irán valorando sus progresos. Para seguir estos progresos, el terapeuta utiliza un el **Registro Maestro de Actividades**. Este cuadrante puede llevarlo también el paciente, pero en la mayoría de los casos es más sencillo que, al menos en las sesiones iniciales, lo cumplimente el terapeuta.

ACTIVIDAD	Meta Ideal			Semana 1		Semana 2		
	n°	F/Tiempo	Meta			Meta		
			n°	F/Tiempo	Hecho	n°	F/Tiempo	Hecho
1. Levantarme antes de las 12	7	F						
2. Hacer la cama	7	F						
3. Jugar con el perro	7	30 min.						
...								

En general el número de actividades puede ir variando cada semana, pero los autores **recomiendan** que se incluyan de **3 a 5 por semana**; en todo caso es importante indicar al cliente que es él el que marca el ritmo, y que este debe ser tan activo como pueda aguantar sin sentirse agobiado.

Para llevar el seguimiento diario de las actividades programadas, el paciente utiliza una **Programación Semanal de Actividades**. En este registro se van incluyendo las actividades que realmente se programan para cada semana.

ACTIVIDAD	Meta	Semanal	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
	nº	F/Tiempo							
1. Levantarme antes 12h.	7	F	(S) N O	(S) N O	(S) N O	(S) N O	(S) N O	(S) N O	(S) N (O)
2. Hacer la cama	4	F	(S) N O	(S) N O	(S) N O	S (N) O	(S) N (O)	(S) N (O)	S (N) (O)
3. Jugar con el perro	7	20 min.	(S) N O	(S) N O	(S) N O	S (N) O	(S) N O	(S) N O	S (N) O

En las columnas de la derecha, aparecen los 7 días de la semana, y se incluyen **tres letras (S, N y O)** en la casilla de cada día, en todas las actividades programadas. El paciente sólo tiene que hacer una **breve anotación**, preferiblemente al final del día, rodeando con un círculo:

- La letra **S**, si efectivamente ha realizado la actividad.
- La letra **N** si no se ha realizado.
- Cuando en una actividad se consigue el objetivo de la semana además se rodea con un círculo la letra **O**, señal de haber alcanzado ese objetivo.

Al final de cada semana, se debe volver al Registro Maestro y anotar el resumen de las actividades realizadas durante esa semana. A la vista del Registro Maestro de la semana previa, **tanto el terapeuta como el paciente** deciden qué actividades deben continuar haciéndose con la misma frecuencia y/o intensidad, cuáles deben incrementarse y cuáles disminuirse.

- **Cuando un objetivo semanal se ha cumplido**, pero está todavía por debajo de la meta ideal se debe acordar con el cliente un incremento de su frecuencia o duración.
- **Cuando en una conducta no se cumplan los objetivos semanales** paciente y terapeuta, deben decidir si el problema se debe a factores imprevistos, en cuyo caso se podría dejar como estaba una semana más, o si el problema es que el objetivo es demasiado amplio y por tanto debería reducirse o fraccionarse.
- **Cuando un objetivo, que coincide con el objetivo ideal, se haya cumplido** durante 3 semanas seguidas, se podrá considerar como totalmente conseguido. En ese caso los autores indican que se haga una anotación especial en las casillas correspondientes del Registro Maestro, ellos sugieren una letra **M** (de maestría) tanto en las columnas de frecuencia (nº) y duración (tiempo) como en la de Hecho.

Recompensando los progresos. Un aspecto importante de la intervención es la recompensa que el **paciente debe auto-administrarse** por conseguir los objetivos semanales. Para ello, **terapeuta y cliente exploran** los refuerzos potencialmente apetecibles para la persona, utilizando una lista o menú de refuerzos. Además, es importante insistir al paciente para que no tenga acceso a dicho premio si no ha conseguido la meta.

Gráficas de los progresos. Se recomienda que se hagan **2 gráficas para seguir los progresos**. La **primera** puede ser una **simple grafica** que refleje, semana a semana, el número de actividades que se han realizado. Asimismo, se recomienda **otra gráfica** para **representar la mejoría del estado de ánimo**, según las puntuaciones del BDI-II.

7. PERSPECTIVAS EN EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN

El tratamiento de la depresión es uno de los ámbitos de actividad de la terapia de conducta en que es más plenamente aceptada, tanto por los pacientes, como los profesionales de la salud.

El tratamiento no sólo tiene eficacia similar al psicofarmacológico, sino que lo mejora si se tiene en cuenta sus menores efectos secundarios y sus efectos duraderos. Respecto al tratamiento, no queda claro que lo sea por el efecto farmacológico, en todo caso parece que sólo estarían indicados los ISRS en pacientes con depresión severa.

La diversidad de componentes de la terapia cognitivo conductual hace que pueda ser aplicada a la mayoría de las personas. Es posible que un ajuste más adecuado a las características personales y a las preferencias del paciente contribuya a señalar qué componente es más adecuado para cada persona. La adecuación individual del tratamiento es algo reconocido.

Pensando en un ofrecer un tratamiento para la mayoría de las personas, hay que resaltar algunos componentes de la terapia cognitivo conductual. Este es la activación conductual junto con procedimientos de regulación emocional como el entrenamiento en mindfulness.

Otros componentes de la TCC; terapia cognitiva y la importancia del lenguaje, es compartido por las terapias contextuales que tienen una visión más funcional del pensamiento y del lenguaje.

La utilidad de la tecnología como medio de aplicar la terapia muestra una eficacia similar a la convencional cara a cara, es sin duda una gran ventaja (ya que puede llegar a más personas). Los recursos a través de internet y aplicaciones informáticas muestran una eficacia similar entre la aplicación a distancia y la convencional cara a cara.

1. INTRODUCCIÓN

El consumo de alcohol está muy arraigado en nuestra sociedad. Es un tema prioritario de salud pública dado que un gran número de personas enferman o mueren por su consumo.

El alcohol que bebemos (alcohol etílico o etanol) pertenece a la familia farmacológica de los depresores del sistema nervioso central. No obstante, en concentraciones bajas sus efectos iniciales sobre la conducta son estimulantes, reduciendo la tensión y puede ser una herramienta útil para enfrentarse a situaciones sociales.

El consumo de alcohol se asocia con:

- Enfermedades.
- Trastornos mentales y del comportamiento.
- Problemas sociales.

El alcohol es la sustancia psicoactiva que acarrea mayor número de problemas personales, sociales y sanitarios en España y en Europa.

Por ello, la OMS ha puesto en marcha a nivel mundial la **estrategia SAFER** para:

- Fortalecer las restricciones sobre la disponibilidad de alcohol
- Impulsar y hacer cumplir las normas bajo los efectos del alcohol
- Facilitar el acceso al tratamiento
- Restricciones contra el patrocinio y publicidad
- Aumentar los precios del alcohol a través de impuestos selectivos.

La persona no se hace dependiente del alcohol de un día para otro. Puede haber factores de predisposición (biológicos, psicológicos, y sociales). En la actualidad, el **fenómeno del beber intensivo, o binge drinking**, acelera en personas jóvenes este proceso. Hoy vemos personas con dependencia del alcohol a los 20 o 25 años.

Una exposición crónica al alcohol produce dependencia física. Cuando deja de beber, el **síndrome de abstinencia** puede ser grave e incluso mortal. La abstinencia se alivia instantáneamente con alcohol, las benzodiacepinas o los barbitúricos. De igual manera, el síndrome de abstinencia a las benzodiacepinas o a los barbitúricos se alivia con el alcohol.

2. DEFINICIÓN, CLASIFICACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

2.1. Definición y diagnóstico

Para calcular la cantidad de gramos consumidos diariamente, o el número de unidades de bebida estándar, sólo hay que transformar cada cerveza o vaso de vino en una unidad, equivalente a 10gr y un vaso o copa de destilado en dos unidades equivalentes a 20gr.

CONSUMO PRUDENCIAL:

- Mujeres: no supera el límite de 14 unid/semana (140gr.).
- Hombres: no supera el límite de 21 unid/semana (210gr.).

CRITERIO DE INTENCIÓN:

- Mujeres: 21 unid/semana (210gr.).
- Hombres: 35 unid/semana (350 gr.).

El alcoholismo se da más frecuentemente en varones. La mujer con problemas de alcoholismo empieza a beber más tardíamente.

El DSM-5-TR distingue dentro de los trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos:

- (a) Los trastornos relacionados con sustancias.
- (b) Los no relacionados con sustancias (el trastorno de juego).

Se caracterizan porque todas las sustancias o conductas adictivas producen **una activación directa del sistema de recompensa cerebral**, lo que produce que las actividades cotidianas pueden ser descuidadas.

Los **trastornos por consumo de sustancias (TCS)** se caracterizan por un patrón problemático de consumo de la sustancia que **lleva a un perjuicio o malestar clínicamente significativo**, manifestado por **al menos dos** de los once síntomas que definen este trastorno, a lo largo de un periodo de **12 meses**:

1. Se consume a menudo en mayor cantidad o durante un periodo de tiempo mayor al esperado
2. Hay un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de dejar o controlar el consumo de la sustancia
3. Se dedica una gran cantidad de tiempo en obtener la sustancia, consumirla o recuperarse de sus efectos.
4. Tiene craving o un fuerte deseo o urgencia de consumir la sustancia.
5. Hace un consumo recurrente de la sustancia que le lleva a un fracaso para cumplir con las principales obligaciones.
6. Continúa consumiendo la sustancia a pesar de tener problemas sociales o interpersonales por los efectos de esta.
7. Deja de hacer o reduce importantes actividades debido al consumo de la sustancia.
8. El consumo de la sustancia es recurrente en situaciones en las que es físicamente peligroso.
9. Continúa el consumo de la sustancia a pesar de conocer que tiene un persistente problema físico o psicológico que es probablemente causado por la misma.
10. Tolerancia: (a) necesidad de incrementar de modo importante la cantidad de sustancia consumida para lograr la intoxicación o el efecto deseado; y (b) marcada disminución del efecto con el uso continuo de la misma cantidad de sustancia
11. Síntoma de Abstinencia: manifestado por (a) los síntomas característicos del síndrome de abstinencia para esa sustancia; y (b) la sustancia o una similar se toma para aliviar o evitar los síntomas del síndrome de abstinencia.

La **dependencia del alcohol** es resultado de fenómenos de neuroadaptación durante el proceso de consumo crónico. Al parar bruscamente el consumo se produce una hipersensibilidad del cerebro que da lugar a la aparición de un conjunto de signos y síntomas clínicos desagradables denominado síndrome de abstinencia del alcohol.

La **intoxicación** es un estado transitorio que sigue a la ingestión de alcohol. Los síntomas van más allá de la mera intoxicación física, ya que con ella se consigue producir trastornos de la percepción, la vigilia, la atención, del pensamiento, de la capacidad de juicio, del control emocional y de la conducta psicomotora.

CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE INTOXICACION POR ALCOHOL (DSM-5):

-
- A. Ingestión reciente de alcohol
 - B. Cambios psicológicos comportamentales desadaptativos clínicamente significativos (sexualidad inapropiada, comportamiento agresivo, labilidad emocional, deterioro de la capacidad de juicio y deterioro de la actividad laboral o social) que se presentan durante la intoxicación o pocos minutos después de la ingesta de alcohol)
 - C. Uno o más de los siguientes síntomas que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de alcohol:
 - a. Lenguaje farfullante.
 - b. Incoordinación.
 - c. Marcha inestable.
 - d. Nistagmo.
 - e. Deterioro de la atención o de la memoria.
 - f. Estupor o coma.
 - D. Los síntomas no se deben a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.
-

El **síndrome de abstinencia del alcohol** se produce cuando la persona reduce de modo significativo el consumo de alcohol o deja totalmente el consumo. Para el **DSM-5-R** estas son las **manifestaciones clínicas asociadas a él**: ansiedad, temblor de manos, náuseas, sudoración, taquicardia, alteración del estado de consciencia, alucinaciones visuales, táctiles...

Los **trastornos inducidos por sustancias**, como el alcohol, pueden aparecer en el contexto de la intoxicación, de la abstinencia de sustancias o persistir a largo del tiempo una vez que el consumo ha cesado.

Es necesario para un adecuado diagnóstico establecer la relación de los síntomas con el consumo de la sustancia o su abstinencia, si estaban o no presentes antes del consumo, edad en que aparece el trastorno, dosis que utilizaba, etc. De ahí que el DSM-5-R considere que hay que esperar 4 semanas después de la abstinencia de la sustancia para poder hacer un diagnóstico de trastorno inducido por sustancias.

- Si los síntomas no remiten hablaríamos de un trastorno mental primario.
- Si los síntomas si remiten hablaríamos de un trastorno inducido por sustancias.

Trastornos relacionados con el consumo de alcohol (DSM-5)

Trastorno por consumo de alcohol (TCA)

Trastornos inducidos por el consumo de alcohol (DSM-5):

Intoxicación.	Trastornos depresivos.
Abstinencia.	Trastornos bipolares.
Delirium.	Trastornos del sueño.
Trastorno amnésico.	Trastornos de ansiedad.
Síndrome de Wernicke-Korsakow y demencia.	Trastornos neurocognitivos.
Trastornos psicóticos.	Disfunciones sexuales.

El **CIE-11** distingue entre **episodio de consumo perjudicial**, **trastorno de consumo perjudicial** y **dependencia del alcohol**, que es el estado más grave.

El episodio de consumo perjudicial de alcohol causa daño físico o mental a la persona o a otros debido a uno de estos criterios:

1. Comportamientos relacionados con la intoxicación.
2. Efectos tóxicos sobre los órganos y sistemas corporales.
3. Una vía perjudicial de administración.

El patrón nocivo de consumo de alcohol consiste en un patrón de consumo de alcohol que ha causado daños a la salud física o mental, o producido un comportamiento que puede dañar la salud de otras personas. La persona tiene que consumir durante un período de al menos 12 meses, si el consumo es episódico, o al menos un mes si es continuo. Cumple uno o más de estos criterios:

1. Comportamiento relacionado con la intoxicación.
2. Efectos tóxicos directos o secundarios sobre los órganos y sistemas corporales.
3. Una vía perjudicial de administración.

La **dependencia del alcohol** es un trastorno de la regulación del consumo cuyo rasgo característico es:

1. Un fuerte impulso interno para consumir que se manifiesta por una incapacidad para controlar el consumo.
2. Sensación subjetiva de urgencia o craving de consumir alcohol.
3. Las características fisiológicas de la dependencia también pueden estar presentes: tolerancia y abstinencia o el uso de sustancias semejantes para aliviar los síntomas.
4. Las características de la dependencia suelen ser evidentes durante al menos 12 meses, pero el diagnóstico puede realizarse si el consumo de alcohol es continuo (diario o casi diario) durante al menos 3 meses.

2.2. Tipologías

Se suele diferenciar el alcoholismo en:

- **Primario:** preferentemente ambiental, con un desarrollo tardío y lento de su dependencia. se da en ambos sexos por igual, elevada dependencia psíquica, aparece en persona mayores de 25 años, asociada a ansiedad y depresión, personalidad caracterizada por elevada evitación del castigo, dependencia de la recompensa y baja búsqueda de novedades.
- **Secundario:** psicopatología de base que le predispone al alcoholismo, suele tener una historia familiar de alcoholismo, inicia precozmente sus abusos y desarrolla pronto su dependencia. Predomina el sexo masculino, es heredable, con predominio de la dependencia física y tolerancia, aparición precoz (antes de los 25 años), asociado a trastorno antisocial de la personalidad, baja evitación del castigo, escasa dependencia de la recompensa u elevada búsqueda de novedades.

Destaca el **estudio de Moss, Chen y Yi**, partiendo de 1.484 personas del estudio NESAR, norteamericano.

Derivan cinco tipos de alcohólicos:

1. **Tipo adulto joven (31,5%):** Edad de comienzo temprana, probable trastorno de personalidad antisocial y de tener un familiar con dependencia del alcohol
2. **Tipo funcional (19,4%):** personas con las de 41 años, comienzo tardío de consumo y dependencia del alcohol, baja probabilidad de personalidad antisocial y de padecer ansiedad y moderada probabilidad de tener un familiar con dependencia del alcohol.
3. **Tipo familiar intermedio (11,8%):** comienzo consumo a los 17 años y de dependencia a los 32 años, elevada probabilidad de tener un familiar con problemas de consumo, porcentaje importante de trastorno bipolar, obsesivo-compulsivo, ansiedad generalizada, consumo de cannabis y cocaína, siendo un 64 % varones.
4. **Tipo joven antisocial (21.1%):** comienzo temprano de consumo y dependencia del alcohol, con alta probabilidad de trastorno de personalidad antisocial, dependencia del alcohol intergeneracional y mayor probabilidad de depresión. Fumador regular, abuso o dependencia del cannabis, anfetaminas, cocaína y opiáceos, siendo el 76% varones.
5. **Tipo severo crónico (9.2%):** Comienzo temprano del consumo de alcohol y tardío de la dependencia. Alta probabilidad de trastorno de personalidad antisocial, de tener familiar con dependencia, de tener depresión mayor, fumador regular, consumo de cannabis, cocaína y opiáceos, siendo el 65% varones. Mayor nivel de divorciados y bebe más días y mayor cantidad de alcohol. También son los que más acuden a tratamiento.

La evolución del trastorno de dependencia va a depender de factores genéticos y ambientales específicos de su contexto social y personal. De ahí la relevancia de una adecuada prevención para las personas en riesgo de desarrollar dependencia en los primeros años de su vida.

2.3. Epidemiología

En población general española de 15 a 64 años, la sustancia psicoactiva más consumida fue el alcohol 77.8% (cerveza, vino y combinados por ese orden) y el tabaco 39.4%. A diario beben el 15.5% de los varones y 14.9% de las mujeres. En mayores de 65 años, 19% de los varones y el 3.7% de las mujeres.

Entre los estudiantes de la ESO (de 14 a 18 años), un 70.5% había consumido alcohol en los 30 días previos a la encuesta, y un 30.7% tabaco. Les sigue el cannabis 22.2% y la cocaína 1.8%. Destaca el incremento del número de borracheras: 16.1% en 1994, subiendo hasta un 35.6% en 2010 y volviendo a bajar hasta 23.2% en 2021.

Como nota positiva, los datos de consumo de alcohol per cápita llevan siendo los mismos desde hace 20 años, 10 litros de alcohol puro por habitante/año. Como nota negativa, tenemos el problema del beber intensivo en los jóvenes.

3. MODELOS EXPLICATIVOS

Hasta la década de los años 80 del siglo XX las conductas adictivas se fundamentaban en el modelo moral y el modelo biológico; luego el modelo conductual y cognitivo-conductual, y más recientemente ha cogido peso el modelo biológico y el de la patología dual. El modelo conductual, cognitivo-conductual y la teoría del aprendizaje social da gran importancia a la psicología del aprendizaje, a los componentes cognitivos de la conducta y al contexto social, sin obviar los factores biológicos y sociales relacionados.

Comenzar a consumir una sustancia es un proceso complejo. **Fases:**

- **En la fase previa o de predisposición** hay muchos factores que incrementan o disminuyen la posibilidad del consumo. Pueden ser de tipo biológico, psicológico o sociocultural.
- **En la fase de conocimiento** va a depender de la disponibilidad, del interés, del efecto que crean que produce y de los amigos y familiares. Conocer adecuadamente los factores de riesgo y protección es de gran relevancia en esta fase sobre todo en la etapa adolescente.
- **La fase de consolidación** es aquella donde se da el paso del uso al abuso y a la dependencia o al TCA.
- **La última fase es la de abandono o mantenimiento.** También es frecuente la recaída. La adicción consolidada puede ser una conducta aprendida difícil de extinguir

Factores de predisposición (actúan todos al mismo tiempo):

1. **Ecológicos, históricos y socioculturales:** El alcohol se lleva consumiendo desde hace siglos. Su uso solía estar ritualizado con un claro control social. En las últimas décadas eso ha cambiado con el incremento del comercio y la globalización, fuera del contexto social de consumo.
2. **Predisposición biológica:** los factores genéticos explicarían el 49% de la varianza en el riesgo para la dependencia del alcohol. Hay que añadir los estudios de comorbilidad que encuentran que las personas con trastornos mentales tienen mayor disposición al alcohol y las drogas.
3. **Predisposición psicológica:** el aprendizaje, la personalidad y la inteligencia. El poder reforzante del alcohol se asocia con distintos estímulos neutros que van a favorecer posteriormente el proceso de consumo. La inteligencia o habilidad para aprender de la experiencia permite su desarrollo. Varios estudios han encontrado una asociación entre menos CI y abuso o dependencia del alcohol.

Factores contextuales y cercanos:

- **La biología:** Los factores genéticos y los que se basan en los cambios biológicos, sobre todo en el cerebro.
- **El ambiente:** Es tanto el lugar físico donde reside y vive, como su lugar social, tal como su barrio o su ciudad. El ambiente familiar es uno de los más importantes.
- **El aprendizaje.**
- **La socialización:** Proceso a través del cual el individuo se convierte en un miembro del grupo social. Primero tiene lugar en la familia, sigue luego en la escuela y posteriormente los medios de comunicación. Este no finaliza hasta que muere la persona, aunque su mayor relevancia está en la infancia y en la adolescencia.
- **Leyes y normas sobre las sustancias legales e ilegales:** Cuanto más restrictivas, menos consumo se hace.
- **Internet, redes sociales y otros medios de comunicación.**
- **Factores cognitivos: Las expectativas y creencias.** El consumo de cualquier droga no depende solo de sus propiedades farmacológicas, si no de sus propiedades esperadas (expectativas). Las percepciones cognitivas inadecuadas mantienen el consumo tanto en personas normales como en personas con problemas de dependencia.

Factores relacionados con la experimentación e inicio al consumo:

- **La adolescencia:** Edad crítica para el inicio del consumo.
- **Características sociodemográficas:** Las dos más importantes son el sexo (los varones consumen más) y la edad (a los 14 años de media). Otras variables son el barrio, el nivel de pobreza, la clase social, etc.
- **Características de la sustancia:** Un factor que se relaciona claramente es que esté disponible, es decir, que tenga un precio adecuado y suficientes puntos de venta. Su tamaño, forma, color, vía de ingestión, efectos a corto plazo, precio, etc. Todo esto lo cumple el alcohol.
- **La percepción del riesgo de la sustancia:** a mayor riesgo percibido, menor consumo, y viceversa. La percepción del riesgo sobre el alcohol sigue siendo baja.
- **Publicidad (drogas legales), aceptación social del consumo (normalización) y presión social al consumo como una conducta "normal"**
- **Creencias, actitudes, normas interiorizadas, valores e intenciones.**
- **Las drogas como reforzadores:** El consumo de una sustancia psicoactiva está reforzado por sus consecuencias inmediatas que facilita la asociación conducta-refuerzo. Su consumo puede ser placentero por sí mismo o por evitar la presencia de un estímulo aversivo.
- **Los iguales y amigos** en las situaciones de ocio, consumo y diversión.
- **La interacción con otras conductas problema:** El consumo de alcohol se relaciona con TDAH, agresividad, conducta antisocial. o La personalidad; impulsividad y búsqueda de sensaciones.
- **Rendimiento escolar:** Se ha encontrado una relación entre el consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales y un menor rendimiento académico.
- **Trastornos mentales en los padres y consumo de alcohol en los hijos.**
- **Consumo de alcohol y drogas de los padres y de los hijos:** Suele relacionarse un mayor consumo y dependencia en los hijos.
- **Estrés y eventos vitales estresantes.** Destaca el maltrato infantil, físico, psicológico o sexual. En la vida adulta, factores como el terrorismo o desastres.
- **La pobreza, el divorcio, perder el trabajo, sobre todo en hombres.** Aunque hay estudios que no encuentran esta relación, debido a variables que modulan o enmascaran dicha relación.
- **El estado emocional.**
- **Habilidades de afrontamiento:** A más habilidades de afrontamiento, menor probabilidad de consumir alcohol o de consumirlo en exceso.
- **Problemas internalizantes o externalizantes:** Se ha relacionado el consumo con problemas mentales de tipo internalizante. Se ha demostrado que los adolescentes con problemas de conducta no sólo tienen más probabilidad de abusar del alcohol, sino también de consumir otras sustancias y de llevar a cabo conductas sexuales de riesgo.
- **Autocontrol:** La falta de adecuadas habilidades de se relaciona con el consumo excesivo de alcohol y drogas.

Factores relacionados con la consolidación del consumo hasta llegar al TCA

En este momento es relevante el aprendizaje, las expectativas, el estado emocional, el autocontrol y la etapa vital.

Entre 14 y 18 años es cuando se inicia y consolida el consumo, a veces con consumo excesivo. Ya en torno a los 25 años la mayoría tiene un consumo normal.

El control viene facilitado por la madurez, las consecuencias negativas experimentadas, nuevos roles incompatibles con el consumo excesivo y la presión familiar y de los amigos ante los excesos evidentes.

Cuando la dependencia está consolidada, acudirá a tratamiento fundamentalmente por la presión externa al abandono y una parte no acudirá al tratamiento, intentando solucionar el problema por sí mismo.

4. EVALUACIÓN

4.1. La evaluación psicológica

La **evaluación del consumo de alcohol** debe ser **multidimensional**, considerando factores biológicos, psicológicos y ambientales. Se requiere un estudio detallado, incluyendo entrevista conductual, exploración clínica y marcadores biológicos. Se utilizan instrumentos de screening y escalas psicométricas para evaluar problemas asociados al consumo de alcohol, como ansiedad, depresión y ajuste marital.

Se examina el **estadio de cambio**, explorando trastornos mentales y de abuso de sustancias en el pasado. Entre los más frecuentes destacan:

- En **varones** -> personalidad antisocial, trastorno depresivo mayor, agorafobia.
- En **mujeres** -> trastorno depresivo mayor, agorafobia, otros trastornos por abuso de sustancias.
- En **personas mayores**, considerando solapamiento con otros problemas (sueño, deseo sexual, cognitivos).

Muchos tienen **déficits cognitivos**, especialmente en las áreas del razonamiento abstracto, memoria y solución de problemas. Dado que el funcionamiento verbal suele ser normal, estos problemas no siempre son aparentes de modo inmediato.

Se evalúa la **motivación, recursos y el papel de la pareja** en el tratamiento.

Finalmente, se realiza un **análisis funcional y formulación clínica del caso**.

4.2. La entrevista conductual y la entrevista motivacional

La **entrevista** marca el primer contacto del cliente con el terapeuta, a menudo mediado por familiares, amigos u otros. Es **esencial proporcionar estrategias** a estos contactos para persuadir a la persona a buscar tratamiento.

La **entrevista conductual** tiene como objetivo obtener información relevante sobre el problema del individuo, sus causas y planificar un tratamiento adecuado. Permite conocer los antecedentes y consecuentes de la conducta problema.

El primer contacto es crucial para la retención del cliente en el tratamiento, destacando la importancia de entrevistas específicas, como la motivacional, centradas en este aspecto.

En la entrevista, es **crucial obtener una definición clara, objetiva y evaluable** de la conducta problema que motiva el tratamiento. Se concede gran importancia a la conducta más reciente, junto con la historia de esa conducta problemática y su impacto en otras áreas de la vida.

La **cuantificación de la conducta problema** es esencial para evaluar su gravedad y repercusión biológica.

En la fase final de la entrevista, se busca comprender hasta qué punto la persona está dispuesta a cambiar, considerando la relevancia de su conducta, su impacto en el entorno inmediato, niveles de satisfacción y reforzamiento, grado de dependencia y la historia de aprendizaje.

Elementos que hay que cubrir en una entrevista clínica inicial (con ambos miembros de la pareja presentes):

-
1. Orientación inicial
 - Introducción
 - Test de alcohol en aire espirado
 - Cuestionarios breves
 2. Evaluación inicial
 - Problemas que se presentan
 - Papel del uso de alcohol o de otras drogas en los problemas que se presentan
 - Otras cuestiones
 - Cómo la conducta de beber ha afectado a la pareja
 - Cómo la conducta de beber ha afectado a la relación
 3. Evaluación del uso de alcohol y de otras drogas en el paciente
 - Cantidad, frecuencia, patrón de bebida
 - Última vez que bebió o consumió drogas
 - Duración del problema de bebida o de consumo de drogas
 - Consecuencias negativas de beber o de consumir drogas
 - Síntomas que tiene en el DSM-5-TR
 - Evaluación de las necesidades de desintoxicación
 4. Evaluación de otros problemas
 - Síntomas psicóticos
 - Depresión
 - Ansiedad
 - Síndrome orgánico cerebral/daño cognitivo
 - Estado de su salud física
 5. Evaluación de la violencia doméstica (separadamente con cada miembro de la pareja)
 - Identificación de los episodios de agresión física
 - Determinación del nivel de daño o lesiones de las agresiones
 - Sentido de seguridad que tiene el individuo en la terapia de parejas
-

En los últimos años se ha ido generalizando paulatinamente **la entrevista motivacional**. La motivación para el cambio es un aspecto fundamental. En las personas dependientes del alcohol, un hecho habitual es que en la primera entrevista una parte de ellos no reconozca el problema- Si no tenemos un cliente motivado el tratamiento va a ser inútil en muchas ocasiones, lo va a abandonar o no va a acudir a la siguiente sesión. En la entrevista motivacional se siguen varias estrategias motivacionales:

- **Dar información y aconsejar:** Hay que proporcionar información clara y precisa y facilitarle la opción para el cambio terapéutico.
- **Quitar obstáculos:** facilitarle acudir a tratamiento. Conseguir una intervención breve en un espacio de tiempo corto.
- **Darle opciones para que pueda elegir:** La sensación de que ha elegido por sí mismo y sin coacciones aumenta su motivación personal.
- **Disminuir los factores que hacen que la conducta de beber sea deseable:** La conducta se mantiene por sus consecuencias positivas. Hay que identificarlas para eliminarlas o disminuirlas. Puede utilizarse la toma de conciencia de sus consecuencias perjudiciales, **analizar pros y contras, costes y beneficios**, etc.
- **Promover empatía:** favorece que el cliente presente menores niveles de resistencia al cambio.
- **Dar feedback:** que el terapeuta devuelva la información que recoge sobre como lo ve, su situación actual y posibles consecuencias.
- **Clarificar objetivos:** los objetivos deben ser realistas, alcanzables y aceptados por el cliente.
- **Ayuda activa:** El papel del terapeuta es importante, por ejemplo, hacerle una llamada cuando no acude a tratamiento.

Aspectos más relevantes de la entrevista motivacional:

1. **Principios generales de una entrevista motivacional:** expresar empatía, desarrollar la discrepancia, evitar la discusión, apoyar la auto eficacia.
2. **Cómo promover la motivación:** hacer preguntas abiertas, escuchar reflexivamente, resumir periódicamente, provocar afirmaciones auto-motivadoras.
3. **Elementos básicos:** proporcionar feedback, incidirle en su responsabilidad y su libertad de elección, consejo directo y claro, proporcionar varias alternativas, ser empático y aumentar la autoeficacia.

4.3. Observación y autoobservación.

Cuando una persona con TCA acude a tratamiento hay varios **síntomas que podemos observar claramente**, como el **olor a alcohol en su aliento**, **señales faciales como eritema** (enrojecimiento de la piel), **telangiectancia** (vasos sanguíneos de la cara observables bajo la piel), **moratones, temblores y sudoración excesiva**. Además, tienen **frecuentemente hipertensión**.

La autoobservación la llevas a cabo con autorregistros. Esto nos va a servir para evitar beber en la presencia de un antecedente particular, saber que se bebe en exceso y especialmente en situaciones particulares.

Día	Hora	Tipo de bebida (vino, cerveza, combinados)	Cantidad (Nº) copa, vaso	Unidades de bebida estándar	Lugar dónde bebe	Con quién bebe	Indique cualquier pensamiento o sentimiento, antes y después de beber

Tabla 6. Ejemplo de autorregistro

Cuando la persona lleva varias semanas haciéndolo es ya probable que haya automatizado la habilidad de autorregistrar y la adherencia al mismo se mantendrá. Cuando lo cumplimenta unos días sí y otros no, cuando tiene muchos episodios de pérdida de control, es claro que la adherencia al tratamiento no es buena y quizás haya que volver a la fase anterior e incrementar la motivación para el cambio.

4.4. Entrevistas clínicas estructuradas

Hay varias **entrevistas clínicas estructuradas que siguen los criterios del DSM-5 y del CIE-10** para evaluar trastornos mentales, incluyendo el trastorno por consumo de alcohol o dependencia del alcohol. Dos de estas entrevistas son:

- **La SCID** (Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-5) de la Sociedad Americana de Psiquiatría
- **La CIDI** (Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta) de la OMS para el CIE-10.

Otros instrumentos como el **SCAN, PRISM-V, ASI-5, y AUDADIS-IV** desarrollados para evaluar diversos aspectos de los trastornos mentales inducidos por sustancias y el trastorno por consumo de alcohol.

4.5. Cuestionarios de evaluación del consumo de alcohol

- **Evaluación General del Alcoholismo Crónico (CAGE)**: instrumento de cribado. Consta de 4 preguntas con formato de respuesta dicotómica (sí o no), que ha mostrado amplia especificidad (100% o cercano) y un valor predictivo del 93%. Muy utilizado en atención primaria por su brevedad (4 ítems) pero se debe intercalar sus preguntas dentro de una entrevista más amplia.
- **Test de Identificación de Trastornos por el Uso de Alcohol (AUDIT)**: elaborado por la OMS para la detección del consumo abusivo de alcohol, rápido, fácil, fiable y comparable entre países. Consta de 10 ítems con cuatro alternativas de respuestas.
- **Cuestionario Breve para Alcohólicos (CBA)**: evalúa la presencia de síntomas físicos, pensamientos sobre el consumo, posibles antecedentes y consecuencias de la ingesta. Es más amplio que los anteriores, pero no evalúa la frecuencia de consumo.
- **Test de Alcoholismo de Munich (MALT)**: sirve para hacer diagnóstico diferencial y para confirmar las sospechas de alcoholismo después de haber utilizado instrumentos más cortos. Consta de dos partes, el **MALT-O** que es la parte objetiva que completa el médico y el **MALT-S** que es la parte subjetiva en la que se evalúa la conducta de consumo, aspectos psicológicos, somáticos y sociales centrados en los últimos 2 años. Tiene una sensibilidad del 100% y una especificidad del 80%.

- **Obsessive Compulsive Drinking Scale (OCDS):** consta de 14 preguntas que se agrupan en torno a la preocupación por la bebida (componente obsesivo) y el consumo (componente compulsivo). Pero el análisis factorial no refleja esos factores en nuestro medio.
- **Perfil Global del Bebedor:** 3 módulos, variables de identificación, patrón y conductas relacionadas con el consumo de alcohol y motivaciones hacia el cambio y expectativas.
- **Inventario de Situaciones de Bebida:** 100 ítems que recogen situaciones de alto riesgo clasificadas en las dimensiones del modelo de prevención de recaídas de Marlatt y Gordon, determinantes intrapersonales e interpersonales.
- **Inventarios de Habilidades de Afrontamiento:** listado de 36 estrategias utilizadas para evitar la recaída. Se agrupan en cuatro factores: estrategias conductuales de evitación, de distracción, de búsqueda de apoyo social y otras estrategias cognitivas.
- **URICA:** cuestionario de 32 ítems que evalúa los cuatro estadios de cambio: precontemplación, contemplación, acción y mantenimiento.
- **SOCRATES:** como el URICA, pero también evalúa la preparación para el cambio del tabaquismo y la adicción a otras drogas.

4.6. Evaluación de la comorbilidad

El DSM-5 considera que hay que esperar cuatro semanas después del último consumo para poder hacer un diagnóstico de trastorno inducido por sustancias.

Pero igualmente, junto al TCA pueden estar presentes otros trastornos. Es lo que conocemos como comorbilidad. Principalmente son trastornos depresivos, de ansiedad, de personalidad y de otras adicciones.

4.7. Evaluación neuropsicológica

Cada vez se describen más **procesos cognitivos alterados**, sobre todo de la función ejecutiva. Destacan:

1. Dificultades para iniciar, interrumpir o reiniciar la conducta.
2. Problemas en la focalización, el mantenimiento y alternancia de la atención.
3. Desinhibición y dificultad para resistirse a las interferencias.
4. Inflexibilidad para generar hipótesis alternativas ante los problemas.
5. Déficit en el establecimiento de planes orientados a metas.
6. Falta de regulación de la conducta basada en los feedback.
7. Disminución en la abstracción y categorización de conceptos.
8. Disminución en la producción fluida del lenguaje.
9. Dificultades en la recuperación guiada de la información almacenada.
10. Alteraciones en el razonamiento social.

Escalas validadas en la población española para evaluar las funciones ejecutivas:

- La Escala de Comportamiento del Sistema Frontal.
- El Cuestionario Disejecutivo.

El enfoque más práctico para evaluar estas funciones es **analizar por separado los procesos involucrados** en el funcionamiento ejecutivo; como la velocidad de procesamiento, la memoria de trabajo, la fluidez verbal, la inhibición... Con instrumentos como el Stroop, tareas Go/NoGo, Test de Hayling, Test de Torre de Hanoi, etc.

4.8. Evaluación del funcionamiento físico y social

El consumo de alcohol conlleva frecuentemente consecuencias negativas en diversos ámbitos como la salud física, el ámbito familiar, laboral, económico y problemas legales.

La **evaluación psicológica** proporciona una **valoración integral del individuo**, permitiendo establecer un pronóstico y determinar el mejor enfoque terapéutico interdisciplinario.

4.9. Pruebas biológicas

Existen varios índices que se usan en el campo médico como marcadores de alcoholismo; el volumen corpuscular medio (VCM), el colesterol HDL, los triglicéridos, el ácido úrico, etc. Pero el más fiable es el **nivel del alcohol en sangre** que también se puede detectar en el aliento y saliva con aparatos sencillos.

4.10. Evaluación conductual, análisis funcional, formulación del caso y plan de tratamiento

El **objetivo de la evaluación conductual** es disponer de aquella información del individuo y de su problema que nos permita realizar el análisis funcional, la formulación del caso y plantear el plan de tratamiento.

Dentro del análisis funcional de la conducta:

- El **elemento central** será la **conducta de consumo de alcohol** teniendo en cuenta distintas dimensiones (motora, cognitiva y psicofisiológica) que interactúan entre sí.
- La **dimensión motora** es la pauta específica de consumo y la conducta de búsqueda.
- El **sistema cognitivo de la respuesta** abarca la conducta verbal externa que es el lenguaje hablado y la interna que incluye las expectativas, atribuciones, los pensamientos automáticos, la autoimagen, etc.
- El **sistema psicofisiológico** son las respuestas fisiológicas antes, durante y después del consumo.
- El último componente del análisis funcional son los **estímulos consecuentes** que harán en el futuro que la probabilidad de su aparición aumente (refuerzos) o disminuya (castigos).

A medida que se va consolidando el hábito, las consecuencias negativas son más destacables. No hay que olvidarse del papel del refuerzo negativo, consumir para evitar los efectos negativos.

La **formulación de caso** nos facilita diseñar el tratamiento al conocer el problema y las variables relacionadas. El **proceso de evaluación conductual** debe continuar a lo largo del tratamiento para confirmar o rechazar las hipótesis que nos hemos planteado.

5. REVISIÓN DE LOS TRATAMIENTOS

5.1. Tratamiento psicológico para el trastorno por consumo de alcohol

Hace 100 años, Kantorowith trató problemas de alcohol con técnicas aversivas, marcando el inicio de diversos tratamientos eficaces.

Actualmente, el tratamiento psicológico es la elección es la **deshabitación del alcohol**.

Se han desarrollado también intervenciones breves, condicionamiento operante, tratamientos cognitivo – conductuales, terapia de aceptación y compromiso, entrenamiento en mindfulness, reducción de daños, etc

Los que cuentan con más evidencia son TCC, entrenamiento en habilidades sociales y la terapia de parejas conductual.

5.2. Descripción de los principales programas de tratamiento

Principales programas de tratamiento:

1. El entrenamiento en habilidades sociales y en habilidades de afrontamiento.
2. El autocontrol conductual.
3. La terapia conductual de pareja.
4. Los programas de beber controlado.

5.2.1 Entrenamiento en habilidades sociales y en habilidades de afrontamiento

Actualmente el entrenamiento en habilidades sociales está considerado como de los **más efectivos** y uno de los de **primera elección** en estos casos. Es un componente de muchos programas de tratamiento y una **estrategia básica** para la prevención de recaídas.

Destaca el programa de Monti y cols. que se dirige:

- **Habilidades interpersonales**, que van dirigidas a interaccionar con personas para él relevantes, utilizando el entrenamiento en habilidades de comunicación.
- **Habilidades intrapersonales**, dirigidas a que el paciente sea capaz de afrontar sus urgencias y sus estados emocionales que le llevan a beber. Se utiliza el manejo del estado de ánimo cognitivo conductual para enseñarles habilidades intrapersonales, junto a la exposición a indicios con habilidades de afrontamiento para las urgencias de beber.

Utiliza un amplio grupo de **técnicas de aprendizaje** con el ensayo de conducta, la reestructuración cognitiva, instrucción didáctica, etc. Las cuales pueden ser utilizadas tanto por el individuo como por su red de apoyo. Dan una gran importancia a los eventos vitales, preocupaciones familiares, o laborales y el estilo de vida individual. También tiene en cuenta la patología dual.

Puede aplicarse individualmente o en grupo. Consta de **12 sesiones**, con **una frecuencia semanal**, con una **duración de 90 minutos cada sesión**. Los temas no se discuten de forma rígida, sino que se introducen en función del grupo.

Se agrupan en:

1. Habilidades interpersonales
2. Habilidades intrapersonales
3. Tratamiento de exposición a indicios con entrenamiento en afrontamiento de las urgencias a beber o craving
4. Patología dual.

5.2.2 Entrenamiento en autocontrol conductual

Procedimiento con **buen nivel de eficacia** y que sirve tanto para **entrenar a la persona para conseguir la abstinencia** como el beber controlado, pudiendo ser **aplicado individualmente, en grupo o en formato de autoayuda**. Pretende que sea la persona la que conozca su propia conducta, se capaz de analizarla y tener estrategias adecuadas para hacer frente a las situaciones problemáticas.

El terapeuta va introduciendo los distintos componentes en cada sesión y el cliente realiza las tareas para casa. La **persona tiene un papel activo** e importante, tomando las distintas decisiones a lo largo del tratamiento, con ayuda del terapeuta, pero en último caso es él el “responsable” del cambio.

Un ejemplo es el **programa de Hester**: Consta de **8 sesiones de 90 minutos de duración**, en **grupos de 8 a 10 personas**, con **sesiones adicionales de una sesión mensual a lo largo de los siguientes seis meses**. Aunque su utilidad es reducida en los que tienen una severa dependencia al alcohol, tienen pocas habilidades o su capacidad cognitiva está deteriorada.

Las técnicas que incluyen son:

- Autoobservación de la conducta.
- Planificación del objetivo a conseguir.
- Manejo del consumo.
- Modificar la topografía o el patrón temporal de consumo.
- Modificación de las consecuencias del consumo.
- Elaborar un sistema de refuerzos en función de la consecución de objetivos.
- Aprendizaje de habilidades de afrontamiento alternativas

5.2.3 Terapia conductual de pareja

Tiene una larga historia en el TCA, orientada habitualmente al tratamiento del varón alcohólico para que deje de beber y a intervenir en la mujer (pareja) que sufre los problemas, como de las personas con las que convive, hijos u otras personas. A veces se lleva a cabo en formato grupal. Se puede combinar la terapia de pareja y la terapia grupal.

La terapia conductual de pareja asume que el problema de **consumo de alcohol se mantiene por múltiples factores:** individuales, diádicos, familiares y otros sociales y ambientales. Se centra en los antecedentes y consecuentes de beber en la familia.

La pareja o familia tienen un papel relevante en esta conducta y en su mantenimiento. **El programa de McCrady y Epstein tiene tres componentes:**

1. TCC para el consumo del alcohol del paciente.
2. TCC para mejorar las habilidades de las personas significativas.
3. Terapia conductual de pareja.

La terapia conductual de pareja es efectiva ya que con ella hay reducciones significativas del consumo de alcohol y mejora en el funcionamiento de la pareja.

5.2.4 Los programas de beber controlado

Programas conductuales orientados a enseñar a la persona un conjunto de estrategias para conseguir la abstinencia o el beber controlado. Suele constar de:

- Delimitación del objetivo.
- Autorregistro.
- Análisis funcional de las situaciones de bebida.
- Refuerzo por conseguir los objetivos.
- Habilidades de afrontamiento alternativas, incluyendo la prevención de recaída.

El programa de Sobell y Sobell es una intervención breve, aplicado a bebedores jóvenes, con buen nivel educativo, con empleo, historia de abuso de alcohol entre 5 y 10 años y con cantidad de recursos personales, sociales y económicos. Dura sólo 4 semanas y se lleva a cabo de modo ambulatorio. Es poco intensivo, pero con suficientes tareas para casa, da gran peso a los aspectos motivacionales, es flexible y pretende que la persona se automaneje o produzca el autocambio. Con problemas graves de dependencia este programa se puede utilizar, aunque de forma más intensiva.

Los programas de beber controlado se han hecho breves en los últimos años. Intervenciones breves permiten, en condiciones adecuadas, obtener los mismos resultados que con intervenciones más intensivas.

Realizada la evaluación y explicado el tratamiento, se les presenta las recomendaciones para reducir el consumo.

Llevará a cabo un **autorregistro de su consumo**, se le entrenará en el **análisis de la conducta de beber**, se proporcionará **tareas para casa** que se revisarán en las sesiones junto a los autorregistros y se le entrena en **estrategias adecuadas para que vaya incrementando el control sobre su conducta de beber**.

6. PROGRAMA DE TRATAMIENTO

6.1. Objetivos a conseguir en el tratamiento y desintoxicación, cuando sea necesario

Dos grandes grupos de tratamientos en el alcoholismo:

1. **Dirigidos a la abstinencia:** los **más cronificados y con enfermedades físicas**
2. **Dirigidos a beber controlado:** los **menos cronificados, jóvenes, poco motivados**.

Pero en **ambos casos** y ante el alto nivel de recaídas, es preciso **entrenarles en el autocontrol** del consumo.

En ocasiones la persona tiene que pasar por una **desintoxicación física**, necesaria tanto para que rompa con la conducta de consumo como para que podamos trabajar con él en las sesiones. El **síndrome de abstinencia del alcohol** produce en los casos más graves, desde temblores hasta el temido delirium, amnesias, etc.

La desintoxicación **suele hacerse ambulatoriamente** (en casos graves puede precisar hospitalización), utilizando para ello como tratamiento de elección las **benzodiacepinas**. A veces se utilizan **otros fármacos complementarios** como la **clonidina o el atenolol**. Suele hacerse **en 5 a 10 días**. El tratamiento tiene que ser **individualizado**. En casos en los que la ingestión de alcohol no es elevada, o la persona considera que tiene control sobre su conducta, puede llevarse a cabo ambulatoriamente, siendo aquí **importante tener el apoyo de alguien cercano**. Debe beber abundante líquido, estar en un ambiente ocupado, pero al mismo tiempo relajado y de descanso, sin situaciones de ansiedad.

Una vez abstinentes, hay que clarificar los nuevos objetivos, reforzarle la abstinencia, incrementar su motivación y aplicar las distintas técnicas de tratamiento psicológico. Puede aparecer alucinosis alcohólica en los días siguientes a la abstinencia en pacientes con alto consumo previo, la misma suele remitir en los días siguientes.

Dado que el riesgo de recaída es importante días o semanas después de dejar de beber, con frecuencia se le añade por parte del médico interdictores (fármacos aversivos para el alcoholismo).

Relevancia al tratamiento psicológico que es eficaz por sí solo.

6.2. Incremento de la motivación para el cambio

En el tratamiento del alcoholismo y otras adicciones, enfrentamos el desafío de que muchas personas no desean seguir el tratamiento, incluso si el trastorno es grave. Muchos solo buscan ayuda cuando son remitidos por problemas médicos, legales, sociales o bajo presión familiar.

En la primera sesión de tratamiento, se realiza una **evaluación exhaustiva** para **aumentar la motivación** para el cambio. Esto **es crucial** tanto para aquellos con problemas de dependencia como para aquellos que acuden al tratamiento por presiones externas.

Se destaca la importancia de la **entrevista motivacional** y otras estrategias, como **la autoobservación y los contratos conductuales**, para retener a los individuos en el tratamiento y aumentar su motivación.

6.3. Utilizar informaciones objetivas sobre su conducta: autorregistros

En el tratamiento de una persona con problemas con el alcohol es muy relevante a lo largo de todo el tratamiento que podamos conocer su conducta. Esto puede hacerse con **alcoholímetros**, para conocer su nivel de alcohol en sangre cuando vienen a las sesiones, pero a **nivel terapéutico nos es más útil los autorregistros**. Es **útil tener la colaboración de personas cercanas**.

El autorregistro desempeña un papel crucial en las sesiones de tratamiento al permitir la reconstrucción de las situaciones de consumo de alcohol en los días previos. Es esencial **proporcionar estrategias de control junto con el autorregistro para ayudar a la persona a enfrentar las situaciones de bebida**.

La explicación detallada de cómo completar el autorregistro y sus objetivos es fundamental. Puede realizarse en **papel o electrónicamente**. Se debe solicitar el registro de todas las conductas de bebida, pero se destaca la importancia de la adherencia, siendo realistas en la recopilación de información.

En **tratamientos grupales**, la **adherencia suele ser mayor**.

Un autorregistro completo debe incluir el tipo y cantidad de bebida, la situación, antecedentes, consecuencias y el estado emocional asociado al consumo.

La automatización de esta habilidad se logra con el tiempo.

La falta de adherencia, la realización intermitente del autorregistro o las excusas pueden indicar una baja motivación para el cambio, requiriendo posiblemente una revisión de estrategias.

6.4. Entrenamiento en estrategias y técnicas de deshabituación psicológica

Cuando ya se ha superado la dependencia física, viene superar la **dependencia psicológica**: el **craving o deseo intenso de alcohol**. Estamos ante la dependencia psicológica. Dado que el riesgo de recaída es importante días o semanas después de que la persona ha dejado de beber, **es frecuente que se le proporcionen interdictores (fármacos aversivos)**.

En la fase de deshabituación psicológica **aplicaremos todas aquellas técnicas de intervención psicológicas necesarias, en función del análisis funcional del problema que hayamos realizado con anterioridad**.

6.4.1 Entrenamiento en manejo de ansiedad y estrés

Beber para reducir la ansiedad y afrontar situaciones estresantes es una de las razones más comúnmente indicada por los bebedores. Igualmente, distintos trastornos de ansiedad se dan con más frecuencia en bebedores intensivos que en la población general.

El uso abusivo de alcohol estimula el sistema nervioso autónomo, causando a veces síntomas de ansiedad severa. Tal sobreestimulación desciende y puede desaparecer después de 2 semanas sin beber aproximadamente. El alcohol les funciona como un ansiolítico, pero tomado durante largo tiempo lo que produce, por el contrario, es elevar los niveles de ansiedad.

Los programas específicos deben orientarse a:

- **Alterar la percepción de amenaza que se la atribuye al estresor.**
- **Alterar su estilo de vida para reducir los estresores externos**
- **Capacitarle con estrategias de afrontamientos activos.**

También se pueden usar técnicas de relajación.

6.4.2 Entrenamiento en habilidades sociales

El déficit de habilidades, el usar el alcohol como estrategias de afrontamiento para solucionar los problemas, conduce a la persona que bebe abusivamente a tener pocas y malas relaciones interpersonales, fuera del ámbito de las personas con las que bebe, o a utilizar la bebida para superar sus limitaciones.

Un entrenamiento en asertividad y habilidades sociales es necesario en muchos casos.

6.4.3 Entrenamiento en manejo de las urgencias y el craving

El **craving**, o una fuerte urgencia a consumir, es un elemento importante relacionado con la recaída. Incluso en las fases de remisión la persona puede seguir teniendo craving.

El modelo cognitivo-conductual ve al **craving como causa** de estímulos ambientales condicionados, no como causa del síndrome de abstinencia o de necesidades fisiológicas.

Además, puede estar mediado por expectativas del placer inmediato o de la reducción del malestar. Así la persona está influenciada por tres procesos cognitivos:

- Racionalización.
- Negación.
- Decisiones aparentemente irrelevantes.

La persona tiene primeramente que saber qué se le van a presentar, una vez que deje de beber, o cuando reduce su consumo de alcohol, situaciones en las que va a tener muchas ganas de beber. Será una sensación que sienta, como si fuera independiente de lo que piensa o de lo que debe hacer.

Lo que se sugiere para **manejar el craving** es cambiar la situación disparadora, cambiar los pensamientos sobre la **bebida** (pensar en los beneficios de estar abstinentes, en las consecuencias negativas de consumir), **retrasar la decisión de beber**, hacer otra cosa distinta o llamar a otra persona que le apoye.

6.4.4 Entrenamiento en solución de problemas

Las personas con problemas de dependencia se habitúan a llevar a cabo **conductas automáticas**, a tener estrategias de **solución de problemas evitativas**. Esto es, a **realizar siempre lo mismo a pesar de que los resultados no son adecuados**. Por ello, el **entrenamiento en solución de problemas** es de una gran utilidad en ellos.

6.4.5 Entrenamiento control de la agresividad y de la ira

La **agresividad y la ira** son **elementos que están con frecuencia presentes en las personas con problemas con el alcohol**.

Se pueden producir tanto cuando no pueden beber como en otros momentos; suelen estar más irritables, tienen mayores distorsiones cognitivas, y ello facilita la aparición de la ira.

En el caso del alcohol es frecuente que aparezca. Los efectos adversos del alcohol en el estado de ánimo y en el juicio pueden **incrementar el riesgo de violencia y de agresividad**.

Por todo ello, **es necesario incluir un componente dentro del tratamiento para el manejo de la agresividad y de la ira, la tengan o no, dado que tienen mayor probabilidad de presentarse en estas personas**

6.4.6 Entrenamiento en técnicas cognitivas

Muchas personas con problemas de alcohol consideran que su conducta es normal o que el problema lo pueden controlar ellos mismos. Cuando esto ocurre es necesario cambiar los pensamientos inadecuados, las creencias irracionales, las distorsiones cognitivas, etc.

6.4.6 Entrenamiento en autocontrol

En la práctica, cualquier tratamiento conductual lo que pretende es lograr que la persona sea capaz de guiar su propia conducta, de saber lo que hace, de autocontrolarse.

Se tiene que incluir en la parte media o final del tratamiento para que le permitan incrementar el control sobre su conducta y evitar posibles recaídas.

6.5. El abordaje de los problemas de pareja

Estos pueden ir desde discusiones hasta malos tratos, falta de suficiente aporte económico, no realización de las labores del hogar, abandono del cuidado y educación de los hijos, etc. Podemos encontrarnos con personas en donde las relaciones maritales son malas, pero pueden recomponerse. En otros casos son malas y uno de los miembros de la pareja ha decidido la ruptura.

No hay que olvidarse que la dependencia del alcohol tiene trastornos asociados.

Cuando hay problemas de pareja o familiares es necesario intervenir con **terapia de pareja y entrenamiento en habilidades y de solución de problemas**. El tratamiento se orienta a que en vez de que el alcohol sea el reforzados lo sea la abstinencia, por los beneficios que le trae.

Hay **programas dirigidos a la esposa** que tiene un esposo alcohólico que no quiere acudir a tratamiento. En este caso tenemos que enseñar a la persona no alcohólica modos para que se reduzcan los abusos físicos, sepa como animarle a conseguir la sobriedad y a que busque tratamiento profesional.

Otros problemas asociados al consumo de alcohol y/ o pareja son los **legales y laborales**, los relacionados con el tráfico viario, en el trabajo, despido o estar en paro. Estos habrá que manejarlos dentro del tratamiento y derivarlos a otros profesionales.

6.6. El apoyo de la familia y de otras personas significativas

El apoyo social **es importante**, especialmente el apoyo de la familia, que cuando es posible es central. Sabemos además que cuando aplicamos terapia de pareja conductual los resultados son buenos.

6.7. El tratamiento de la comorbilidad

Se debe esperar 4 semanas después de que hayan dejado de beber para no confundir los síntomas de abstinencia con el problema clínico comórbido si lo tiene.

Trastorno depresivo mayor. Alcohol y depresión van frecuentemente unidos, 65% de las mujeres y el 41% de los hombres. Puede ser consecuencia del consumo o ya existía previamente. Lo primero es conseguir que consiga parar de beber y posterior mente tratar el cuadro depresivo. Los síntomas principales son cambios en el estado de ánimo, ansiedad y ausencia de placer. También puede presentar trastorno del sueño, falta de concentración... El riesgo de suicidio es alto en los alcohólicos y más si tienen depresión. La intervención en la depresión consistirá en la terapia cognitiva de Beck, la activación conductual o la psicoterapia interpersonal.

Trastornos de ansiedad. Frecuentes en personas dependientes. Si se detectan, hay que aplicarles al tiempo técnicas psicológicas eficaces para los distintos trastornos de ansiedad. Se ha encontrado una importante relación entre historia de abuso físico o sexual en la infancia y alcoholismo de adulto, sobre todo en mujeres. Cuando se detecta es necesario aplicar un programa en paralelo para el TEP.

Otros trastornos por consumo de sustancias. Suele ser muy frecuente que también tengan dependencia de la nicotina y una parte de la cocaína. En otras ocasiones pueden tener dependencia a fármacos como las benzodiacepinas, lo que impide la desintoxicación del alcohol.

Trastornos de personalidad. Tienen alta prevalencia entre los consumidores de alcohol, uno de los que más complica el tratamiento es el antisocial, sobre todo por la baja adherencia al tratamiento, lo que también ocurre con el límite.

Trastornos del sueño. Especialmente el insomnio. A veces es un problema previo y otras un síntoma del síndrome de abstinencia que se puede prolongar durante 3-1 meses. Debemos entrenarles en técnicas de higiene del sueño, entrenamiento en relajación, control de estímulos, etc.

Disfunciones sexuales. El alcohol atenúa la respuesta sexual, en grandes dosis produce pérdida de la libido, pérdida de la satisfacción sexual e impotencia. La solución es dejar de beber. Si el problema persiste podemos proporcionar educación sexual a él y/o a su pareja.

Trastorno de la alimentación. Hay una asociación importante entre este y el alcohol, llegando en algunos casos incluso al 40%, siendo la bulimia el más habitual, haciendo el tratamiento más complejo y largo.

6.8. Prevención de recaída y afrontamiento para futuras situaciones de riesgo

Es normal pasar por varias recaídas antes de lograr la abstinencia definitiva. **El modelo de prevención de recaída de Marlatt** es el más conocido y con buen apoyo empírico. Las asunciones del modelo son que:

- Los procesos de abandono son distintos a los del mantenimiento del cambio de conducta.
- La prevención tiene más éxito cuando el paciente actúa con confianza.
- Los riesgos son complejos e individuales.
- La recaída y el proceso de recuperación es un continuo y no el punto final.

Le da un gran peso al paciente como responsable de su conducta.

6.9. El abordaje de otros problemas

Si la persona no tiene donde vivir, si no trabaja, si no tiene amigos ni familia, etc., deberemos tener estos factores en cuenta y facilitarle la ayuda profesional a nivel social que necesite y adaptarnos a las características especiales de cada persona.

6.10. Cambios de estilo de vida y manejo de su estado físico

En el alcohol es importante, para lograr la abstinencia y mantener los cambios obtenidos en el tratamiento, que la persona haga un cambio en su estilo de vida con relación al alcohol y todo lo que le rodea.

Cuando su salud está deteriorada es más fácil plantearle un cambio de vida radical. Si su vida está en riesgo, por las enfermedades que le ha producido el alcohol, tiene que hacer un cambio en donde este deje de estar presente. También esto puede producirse por presiones familiares, que es un tema habitual en nuestro medio.

En otras ocasiones va a ser central tener en cuenta su estado físico, sobre todo las enfermedades que padece y que probablemente son la causa de haber demandado tratamiento. Un buen seguimiento médico es esencial.

6.11. Fase de mantenimiento y seguimiento

Una vez conseguidos los objetivos terapéuticos se pasaría al **seguimiento**. Sin embargo, en aquellas personas con un nivel de **dependencia más grave**, más deteriorados y con pocos recursos de todo tipo puede ser necesario, una vez que ya no tiene problemas con el alcohol, una **fase de rehabilitación psicosocial más amplia**. Esto puede exigir un programa de apoyo importante en los meses o años posteriores al alta terapéutica.

Dado que el alcohol es una droga social, es normal que las personas acudan a tratamiento cuando ya están en una fase avanzada de su trastorno. **Cuanto más tarde acudan a tratamiento peor será su estado** físico, psicológico y social, haciendo más difícil el trabajo terapéutico.

En un caso u otro, hay que hacer **visitas de seguimiento con un mínimo de 6 meses**, siendo ideal que puedan llegar **hasta los dos años** (espaciándolas conforme se mantiene la abstinencia).

7. PERSPECTIVAS DE TRATAMIENTO

7.1. La expansión de las intervenciones breves y de las intervenciones motivadoras

Uno de los hallazgos más importantes es que el **consejo motivacional** por parte del médico de atención primaria es eficaz, barato y fácil de realizar, por lo que es una intervención coste-eficiente.

Pocas personas acuden a tratamiento, se calcula que de un 15 a un 20% en los países desarrollados, descendiendo a un 10% en los menos desarrollados.

La Organización Panamericana de Salud, sección americana de la OMS, ha desarrollado una **app interactiva PAHOLA**, en la que una especialista digital en salud y consumo de alcohol evalúa su consumo y propone ayuda.

7.2. El emparejamiento del sujeto al tratamiento óptimo

Se han realizado **tres grandes estudios**:

1. **MATCH**; asignaron 1726 a una TCC estándar. La mayoría de los pacientes mejoraron, pero no se cumplió la hipótesis central del estudio: que la individualización del tratamiento mejoraría los resultados de este. Otras dos importantes conclusiones fueron; que **conforme tienen problemas más graves, parecen funcionar mejor con tratamientos intensivos**, mientras que aquellos con problemas menos severos funcionan igual con **intervenciones intensivas o menos intensivas** y que **aquellos con alta sociopatía deberán ser tratados con intervenciones basadas en habilidades de afrontamiento**, por el contrario los bajos en sociopatía obtendrán **los mismo resultados o mejores con tratamiento orientado a la mejora de sus relaciones**.
2. El **estudio UKATT** comparó dos tratamientos, terapia de mejora de la motivación y terapia de conducta de red de apoyo social. Mejoraron la mayoría de los pacientes, pero no se cumplieron las hipótesis de emparejamiento.
3. Del estudio **COMBINE** hablaremos más adelante.

7.3. Los que dejan de beber por ellos mismos: la remisión espontánea

Es relevante por una parte conocer dicho proceso para facilitarlo y por otra parte para aplicar intervenciones motivacionales breves en personas con TCA que pueden hacer dicho intento.

Sólo el 20% de las personas con TCA acuden a tratamiento, pero hoy sabemos que del 80% restante, muchos pasan por un proceso de autocambio y dejan de beber por ellos mismos.

Algunos factores que lo facilitan son estar casado, ser persona mayor, mayor nivel educativo y reconocer tempranamente el problema.

7.4. La combinación del tratamiento psicológico con el tratamiento farmacológico. (Estudio COMBINE).

El estudio COMBINE ha comparado la combinación de **naltrexona con acamprosato**, la **terapia de conducta**, y la **combinación del tratamiento psicológico y farmacológico** en 1383 pacientes.

Utilizaron 9 grupos de tratamiento.

Los **farmacológicos** fueron cuatro: **Placebo, Acamprosato, Naltrexona, Acamprosato + naltrexona**.

Otros cuatro de la combinación de estos con tratamiento psicológico y el noveno sólo recibió tratamiento conductual, que consistió en **20 sesiones de 45 minutos cada una**. **Incluye aspectos de la TCC, facilitación de los 12 pasos, entrevista motivacional y apoyo externo**.

El mayor porcentaje de abstinencia se encontró en los pacientes tratados con **naltrexona**, el **tratamiento conductual o la combinación de ambos**. El tratamiento conductual tenía la mayor ventaja en la mejoría al final del tratamiento y en parte del seguimiento, ventaja que se perdía al año de seguimiento.

El estudio no permitió confirmar que la **combinación de tratamiento psicológico y farmacológico sea mejor que cada uno de ellos por separado**.

La **buena utilización de componentes eficaces por parte del profesional que aplica el tratamiento**, tanto en los psicológicos como los farmacológicos, puede ser la **clave del éxito**.

El tamaño del efecto de los fármacos es modesto, aparte de que muchos pacientes no quieren medicación y otros profesionales sanitarios no las prescriben.

El **tratamiento psicológico es imprescindible para que la persona pueda superar su dependencia**.

7.5. El diseño de tratamientos específicos para grupos particulares de individuos

En el TCA hay cuatro grupos a los que se les presta hoy una especial atención:

1. **Los jóvenes.**
2. **Las mujeres.**
3. **Los policonsumidores.**
4. **Las personas mayores.**

En otros países tienen gran importancia las **diferencias étnicas**. Igualmente, también hay que considerar las **diferencias sexuales y de género**, las **embarazadas y las personas con déficit cognitivos sin olvidar las diferencias culturales**. Así en jóvenes va a ser más difícil aplicar programas orientados a la abstinencia, mientras que en personas mayores van a ser los ideales.

7.6. Mejorar el conocimiento de la eficacia del tratamiento psicológico en la dependencia del alcohol

Hoy sabemos lo que funciona o no en el tratamiento del alcoholismo.

Las **técnicas de modificación de conducta son estrategias efectivas para que las personas dejen de beber**.

Se precisa realizar más estudios con los tratamientos psicológicos para el TCA y difundirlos adecuadamente entre los distintos profesionales y transmitir a la sociedad que hay tratamientos psicológicos eficaces para tratar el TCA.

7.7. El incremento de la comorbilidad en este trastorno

La comorbilidad del abuso y dependencia del alcohol con otros trastornos es alta, no menos del 30%, pudiendo llegar incluso al 60%. Dado el incremento que se está produciendo en el consumo intensivo de alcohol en jóvenes, y de distintos trastornos mentales en las últimas décadas (p.ej., depresión) indica un incremento de la comorbilidad.

7.8. Estar atentos a la tendencia a biologizar el TCA

Con la pretensión de reducir su causa a un proceso biológico-genético, pero dado que hay poca evidencia para el modelo, mejor considerar el TCA como un “trastorno de elección” donde lo central sería el coste-beneficio que las personas obtienen con esa conducta.

7.9. La utilización de nuevas tecnologías para el tratamiento de la dependencia del alcohol: el uso de Apps.

Las Apps se enmarcan en lo que se ha denominado mHealth, o salud móvil, las cuales han sido definidas por la OMS como “la práctica de la medicina y la salud pública soportada por dispositivos móviles”. Permiten llegar a muchos pacientes, a bajo coste, y de un modo novedoso y aceptado para muchos pacientes. Algunos estudios han demostrado claramente que reducen el consumo de alcohol.

1. INTRODUCCIÓN

El uso de drogas ilegales es la causa principal de la mortalidad prevenible entre los jóvenes europeos y proviene tanto por sus efectos directos, a causa de las sobredosis, como por las enfermedades, accidentes, violencia y suicidio ocasionados por su consumo.

La hipótesis de que la adicción está causada esencialmente por un mal funcionamiento del cerebro, no ha llevado al desarrollo de ningún procedimiento diagnóstico que permita detectarlo o de tratamiento generalmente aceptado.

La perspectiva biopsicosocial:

- **Modelo de referencia:** marco conceptual más adecuado para analizar las interacciones entre el ambiente y los factores biológicos implicados en las conductas de consumo de drogas, con independencia de la sustancia.
- La probabilidad de que una persona consuma una droga o llegue a ser adicto no se relaciona sólo con las **propiedades farmacológicas** y su efecto en el cerebro, sino también con sus **procesos psicológicos básicos de aprendizaje y socialización**, así como con el contexto social, cultural en el que el individuo se desenvuelve.
- La inclusión de los **factores biológicos, psicológicos y sociales** es imprescindible no sólo para el análisis de la génesis y manifestación de las conductas de uso de drogas, sino también para el diagnóstico y tratamiento.

Los tratamientos psicológicos son parte central para el tratamiento efectivo del abuso y dependencia a las drogas:

- **Intervención psicológica:** esencial para la prevención y para el tratamiento de las drogodependencias.
- **Terapia cognitivo conductual**, combinada o no con apoyo farmacológico.
- **Técnicas de manejo de contingencias (MC), de exposición y de prevención de recaídas** se muestran como los componentes críticos de estos programas. MC: conjunto de procedimientos más eficaz basado en la virtud de combinar la manipulación de **contingencias artificiales y naturales**.

CONTINGENCIAS NATURALES	CONTINGENCIAS ARTIFICIALES
Estrategias de entrenamiento en habilidades sociales, habilidades para el rechazo de drogas, cambios en el estilo de vida, etc.	Uso de incentivos a cambio de la abstinencia.
Más ventajas en abstinencia a largo plazo.	Menos ventajas a largo plazo.
	Ventaja: pueden ser manipuladas de forma más precisa que las naturales.

2. DEFINICIÓN, CLASIFICACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

El DSM-5 incluye **dos tipos de diagnósticos** en el capítulo dedicado a los TUS:

- **Los trastornos por consumo de sustancias** – se aplica a las 10 sustancias, excepto cafeína.
- **Los inducidos por el uso de una sustancia**

Describen **síndromes conductuales**, principal pero no únicamente ocasionados por el efecto directo de la sustancia en el Sistema Nervioso Central (SNC): **intoxicación, abstinencia y trastornos mentales inducidos**.

Ambos tipos de diagnóstico se aplican a nueve de las diez sustancias que recoge: **alcohol, cafeína, cannabis, alucinógenos inhalantes, opiáceos, sedantes e hipnóticos o ansiolíticos, estimulantes, tabaco y otras sustancias**. **No se señala trastorno por consumo de cafeína.**

El diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias se alcanza en el DSM-5 mediante la aplicación de **once criterios**. Los criterios son los mismos para todas las categorías de sustancias, pero para determinadas drogas, algunos síntomas son menos sobresalientes, y en algunos casos no se aplican todos los síntomas.

El diagnóstico solo debe hacerse si durante algún momento de los **12 meses** previos han estado presentes **dos o más de los once criterios**. Estos pueden dividirse en tres grupos:

1. Los **4 primeros** se refieren al **patrón conductual compulsivo** inherente a la adicción a las drogas, caracterizado por 2 fenómenos, el craving o experiencia subjetiva de desear o necesitar consumir drogas y la falta de control (la incapacidad para resistir el craving).
2. Los **criterios 5 a 9** se centran en el **uso de drogas a pesar de los efectos adversos** (la pérdida de reforzadores) provocados por el uso de éstas.
3. Los **2 últimos** tienen que ver con **aspectos fisiológicos** (tolerancia y abstinencia).

El DSM-5 reconoce de forma explícita la **dimensionalidad de los trastornos por uso de sustancias** estableciendo 3 patrones de gravedad en función del nº de criterios que se cumplan:

- Leve (2 o 3 criterios)
- Moderada (4 o 5 criterios)
- Grave (6 o más criterios).

La CIE-11 establece **cuatro diagnósticos primarios** por uso de sustancias:

1. Dependencia de sustancias.
2. Patrón dañino de uso de sustancias.
3. Episodio dañino de uso de sustancias.
4. Uso peligroso de sustancias.

Estas **categorías** son jerárquicas y mutuamente **excluyentes**, pudiendo utilizarse solo una por grupo de sustancias. A estos diagnósticos primarios se pueden añadir **diagnósticos adicionales**, que **incluyen intoxicación y abstinencia** por uso de alguna sustancia, y **diversos trastornos mentales inducidos**. Pueden utilizarse diferentes diagnósticos primarios en un mismo paciente, siempre que se apliquen a diferentes sustancias.

La **gravedad del trastorno** está asociada con el éxito del tratamiento. A mayor gravedad mayor probabilidad de que el tratamiento requiera una aproximación más intensiva. La gravedad está asociada a diferentes factores:

- La frecuencia de uso.
- La cantidad de la sustancia consumida.
- La ruta de administración.
- Factores personales y sociodemográficos.

Entre los trastornos por inducción están la intoxicación y la abstinencia:

- **La Intoxicación por Sustancias:** aparición de un síndrome reversible específico de cada sustancia debido a su reciente ingestión. Los cambios psicológicos o comportamentales son debidos a los efectos fisiológicos directos de la droga sobre el SNC y se presentan durante el consumo de la sustancia o poco tiempo después.
- **Abstinencia por sustancias:** consiste en la presencia de un cambio desadaptativo del comportamiento, con concomitantes fisiológicos y cognoscitivos, debido al cese o la reducción del uso prolongado de grandes cantidades de la droga. Provoca un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la vida del paciente.

La dependencia, el abuso, la intoxicación y la abstinencia implican con frecuencia el uso simultáneo o secuencial de **varias drogas**. Cuando se cumplen los criterios para más de un trastorno se deben realizar varios diagnósticos.

PREVALENCIAS:

Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías:	Cannabis la más consumida (78.5 millones), seguida por Cocaína (13.8 millones), Anfetaminas (8.7 millones) y MDMA (10.4 millones).
Encuesta de 2021 en 21 países de la UE y Suiza:	El 93% de los encuestados mayores de 18 años declararon haber consumido cannabis en los últimos 12 meses. El 35% consumió MDMA/éxtasis . El 35% cocaína . El 28% anfetaminas .
Consumo de cannabis en Europa:	5.8 millones de jóvenes europeos (15-34 años) consumieron cannabis en el último año (15.4%). Se observan variaciones entre países.
Consumo intensivo de cannabis:	Alrededor del 1.8% de consumidores de cannabis de 15 a 64 años lo hacen de forma intensiva. El 61% son menores de 35 años.
Cannabis como razón principal para tratamiento:	Es la droga más notificada como razón para iniciar tratamiento por adicciones. En países con alta prevalencia, el cannabis representa una parte considerable de las urgencias relacionadas con drogas.
Cannabis en España:	Aumento sostenido de urgencias relacionadas con cannabis. El cannabis es la principal causa de tratamiento en menores de 18 años.

La **cocaína** es la droga estimulante ilegal más consumida en Europa. Se estima que unos 2,2 millones de adultos de 15 a 34 años (el 2,2%) consumieron cocaína en el último año. La cocaína fue citada como droga principal por el 14% de los consumidores que iniciaron tratamiento especializado en 2019. En España, la cocaína es la responsable del mayor número de admisiones a tratamiento, incluso por encima del cannabis.

Se estima que 1,4 millones (1,4%) de adultos jóvenes consumieron **anfetaminas** en el último año, mientras que el uso del **MDMA** afecta a 2 millones (1,9%), dentro de la Unión Europea.

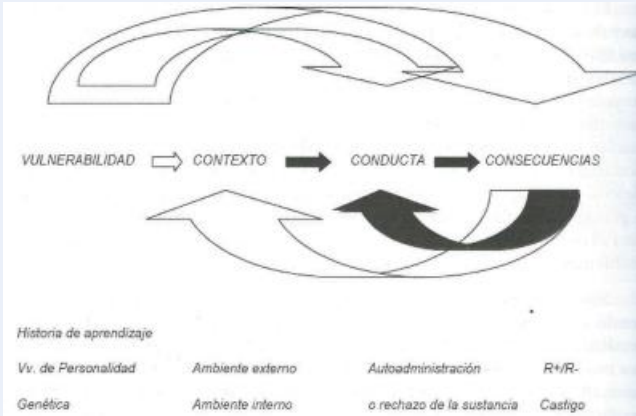
Por último, la prevalencia media del consumo de alto riesgo de **opioides** se estima en el 0,34% en Europa. Los consumidores de opiáceos, sobre todo heroína, como droga principal representan el 28% de todos los consumidores de drogas que iniciaron tratamiento especializado en 2020 en Europa. Es reseñable el hecho de que la heroína fuera la droga principal del 77% de los consumidores que iniciaron tratamiento por primera vez.

En **España** se muestra que la droga ilegal más consumida entre la población de 15 a 64 años es el **cannabis**, con una tendencia ascendente. Un dato preocupante es el consumo de **hipnosedantes** con y sin prescripción, que se mantiene alto a lo largo del tiempo. El consumo de **cocaína** se mantiene con ligeras oscilaciones. Los consumos de **heroína** se mantienen muy bajos. La prevalencia de **otras sustancias** como el éxtasis, anfetaminas y alucinógenos se mantienen también en niveles estables, situándose siempre por debajo del 0,10% de la población.

El consumo de todas las sustancias es más prevalente en hombres salvo para los hipnosedantes, en los que las mujeres presentan mayor prevalencia.

Numerosos estudios epidemiológicos y clínicos coinciden en señalar que los trastornos por consumo de drogas tienen una estrecha relación con otros trastornos mentales. Por lo general, los pacientes con diagnóstico dual presentan una mayor dificultad en el tratamiento y un peor pronóstico. Un factor importante en la evaluación de la psicopatología es el hecho de que las sustancias pueden producir, por sí mismas, sintomatología psíquica que puede confundirse con un trastorno mental genuino.

3. MODELOS EXPLICATIVOS

MODELO BIOMEDICO TRADICIONAL	El concepto de adicción como enfermedad progresiva y crónica entiende este trastorno como una manifestación sintomática de una disfunción bioquímica subyacente, dando gran importancia a la dependencia física y a la explicación genética. La adicción es debida a cambios en funciones y estructuras cerebrales=enfermedad del cerebro. Objetivo principal del tratamiento debe ser invertir o compensar dichos cambios. Consecuencias de esta perspectiva: ➤ No se aplica el concepto de curación, la supuesta vulnerabilidad biológica siempre está presente y pueden ocurrir recaídas, que no deben ser vistas como un fracaso del tratamiento sino como el resultado de la evolución crónica del trastorno en su relación, no siempre eficaz, con una supervisión y un tratamiento continuados en el tiempo. ➤ No hay recuperación en ausencia de tratamiento. El carácter crónico del trastorno y la pérdida de control asociada hacen que el paciente fracase en sus múltiples intentos. ➤ Objetivo del tratamiento debe ser siempre la abstinencia, dado que el contacto de sujeto con el tóxico producirá la inmediata recaída. Se considera imposible el consumo controlado mediante la argumentación de que o bien estamos ante un diagnóstico insuficiente o erróneo, o bien hay que dudar de la exactitud de los informes.
MODELO BIOPSICOSOCIAL	➤ Modelo multifactorial e integrador de 3 dimensiones básicas: 1. Biológica. 2. Social. 3. Psicológica. ➤ Idea básica: probabilidad de que una persona consuma una droga o llegue a ser adicto se relaciona con las propiedades biológicas de la sustancia y su efecto en el cerebro, y también con procesos psicológicos básicos de aprendizaje y socialización, así como con el contexto social y cultural en el que el individuo se desenvuelve. ➤ La etiología del consumo de drogas y de la posterior adicción se debe a la interacción de factores de naturaleza física o biológica, factores sociales y factores psicológicos. Algunos factores actuarían como protectores frente al uso de drogas, mientras que otros como factores de riesgo.
MODELO BIOCONDUCTUAL	Según este modelo, las conductas de consumo (incluiría tanto los comportamientos relacionados con el consumo de drogas, como el rechazo de las sustancias y la resistencia a consumir) se encuentran en función de: 1. Las interacciones en el contexto: Las variables incluidas bajo la denominación de contexto (estímulos exteroceptivos e interoceptivos) vendrían dadas desde los modelos de aprendizaje clásico y operante, y se combinarían con las variables reforzadoras identificadas bajo consecuencias. 2. La vulnerabilidad individual: incluye factores genéticos, las influencias socioculturales y la historia de aprendizaje 3. Las consecuencias. Relaciones Funcionales: ➤ Entre consecuencias y conducta. Indica asociaciones que denotan relaciones muy cerradas, como las que se dan entre conductas y contingencias reforzadoras y sus efectos sobre la conducta que precede ➤ Entre vulnerabilidad y conducta, vulnerabilidad y consecuencias y consecuencias y contexto indican elementos correlacionales y moduladores. 

En el **Diagrama** se sugieren algunas interrelaciones funcionales:

- Las flechas en color oscuro indican asociaciones críticas que denotan relaciones muy cerradas, como las que se dan entre las conductas y las contingencias reforzadoras y los efectos de estas consecuencias sobre la conducta que la precede.
- Las líneas más claras indican elementos correlacionales y moduladores.

El **modelo biopsicosocial** propone un marco conceptual que se ajusta mejor a los datos empíricos que otros modelos, ya que permite que los posibles factores precipitantes del consumo de drogas puedan considerarse de forma independiente de los que posteriormente determinan el mantenimiento y el desarrollo de un problema de abuso o dependencia. La importancia relativa de las diferentes variables no es la misma en cada grupo o individuo particular e, incluso, varía a lo largo de las distintas fases y patrones de consumo de consumidor.

3.1 El papel del reforzamiento

En el **modelo bioconductual**, las contingencias asociadas a las conductas de uso o abstinencia a las drogas juegan un papel determinante en la explicación de estas. Existe una **amplia evidencia empírica de que las drogas pueden funcionar eficazmente como reforzadores positivos de las conductas de búsqueda y autoadministración.**

Una **conclusión fundamental** es que sitúa a los trastornos por abuso de sustancias dentro de los principios psicológicos existentes, que permiten analizar dichas conductas como **una variable dimensional dentro de un continuo** que iría desde un patrón de uso esporádico no problemático o con escasos problemas, hasta un patrón de uso grave con muchas consecuencias aversivas.

La **dependencia física** puede ser **importante** a la hora de **explicar el consumo** de drogas, pero **no** es un factor **necesario** y tampoco es **suficiente** por sí misma para explicar el uso y abuso de drogas.

Se puede asumir que las **drogas son reforzadores positivos**. Una **evidencia de ello es la autoadministración de sustancias psicoactivas**, en las que no se observan señales de abstinencia o son muy tenues.

- Los procesos de **reforzamiento negativo** cobran una relevancia especial a la hora de comprender el inicio, mantenimiento y procesos de recuperación. Resuelta muy importante para explicar los procesos adictivos.
- El **reforzamiento positivo** suele asociarse a las fases iniciales de consumo.

Se ha demostrado la eficacia de las intervenciones basadas explícitamente en los principios del reforzamiento y que el uso de drogas podía ser modificado a través del empleo sistemático del manejo de contingencias.

3.2 Implicaciones para el tratamiento

Frente a enfoques reduccionistas, las consecuencias de esta perspectiva son diversas.

Consecuencia e Implicaciones del modelo biopsicosocial:

- **Fenómenos como el auto-cambio o recuperación natural.** El paso de un consumo de riesgo a uno de bajo riesgo o a la abstinencia es bastante común. Las adicciones pueden evolucionar favorablemente.
- **La prevención de las drogodependencias tiene una perspectiva casi totalmente psicosocial** con importantes repercusiones en los ámbitos legal, educativo y comunitario. Los componentes biomédicos no son relevantes. Prevención -> perspectiva multimodal.
- Los trastornos por abuso de sustancias requieren un **abordaje multimodal**, que incluya los aspectos biológicos, conductuales y sociales. Los componentes del tratamiento pueden ir orientados:
 - Directamente a los efectos del uso de la sustancia.
 - Las condiciones que han contribuido o que han sido resultado del consumo de drogas.

- **Los objetivos del tratamiento incluyen:**
 - La reducción del uso y los efectos de las sustancias.
 - La reducción de la frecuencia y la intensidad de las recaídas.
 - La mejora del funcionamiento psicológico y social, que es consecuencia y causa del consumo de drogas.
- **No menoscabar la importancia de los abordajes sociales o biológicos.** La conducta es producto de múltiples factores. Sin embargo, el estudio individual de la conducta adictiva exige un análisis funcional de las relaciones que existen entre los distintos factores y la conducta.
- Así pues, se resalta el **carácter central y necesario de los tratamientos psicológicos** en la concepción y planificación de las intervenciones terapéuticas efectivas en las drogodependencias.

Los principios del razonamiento pueden incrementar significativamente las tasas de abstinencia. Las **técnicas MC** se proponen como los **procedimientos más eficaces** para el tratamiento de los problemas de abuso de drogas.

La posición dominante del **modelo biopsicosocial** en la explicación de los trastornos psicológicos y psicopatológicos hace imprescindible su incorporación en el diseño tanto de las estrategias de investigación, como de prevención y tratamiento. **Su utilización como guía teórica en la investigación** permite formular una explicación más consistente con los datos que surgen del análisis empírico del ciclo de las conductas adictivas.

4. EVALUACIÓN

La evaluación clínica de los trastornos adictivos producidos por sustancias ilegales sigue los mismos principios, métodos y técnicas que subyacen a su utilización en cualquier otro ámbito de la Psicología Clínica.

Se pueden establecer 3 tipos de evaluación clínica, según su finalidad:

1. **Screening.** El screening está encaminado a facilitar la detección de casos con diverso riesgo de generar trastorno. Es esencial en el ámbito de la detección precoz, tanto en contextos preventivos como clínicos.
Instrumentos de interés:
 - DAST (Drug Abuse Screening Test).
 - DUSI (Druge Use Screening Inventory).
 - CPQ (Cannabis Problems Questionnaire).
2. **Diagnóstico.** El objetivo del diagnóstico es definir la naturaleza del problema adictivo según los criterios que establecen los sistemas nosológicos, principalmente el DSM (SCID) y la CIE (CIDI).
Las 2 entrevistas, SCID y CIDI proporcionan información clínica sobre la presencia de comorbilidad psicopatológica. Son largas, requieren entrenamiento para su aplicación y no abarcan toda la información necesaria para la planificación del tratamiento.
3. **Para la formulación de caso y el tratamiento** pretende conocer fundamentalmente la severidad del problema, así como poner de manifiesto las condiciones tanto internas como relacionales que hacen que una persona comience y mantenga el consumo de una sustancia.

La evaluación deberá estar orientada a **establecer los objetivos de la intervención**, permitiendo establecer la forma más efectiva y eficiente de alcanzar la meta terapéutica. Se puede incluir:

- La evaluación de expectativas.
- Situaciones de alto riesgo.
- Habilidades de afrontamiento.
- Medidas que indican alteración en situaciones interpersonales.
- La valoración de la afectación psicopatológica, médica o la situación laboral.

La evaluación de la evolución y el resultado del tratamiento busca conocer la modificación en variables críticas que son el objetivo de la intervención.

4.1 La evaluación en el programa propuesto

Los procedimientos de evaluación que se utilizan **buscan:**

- Caracterizar al paciente y valorar la conducta de consumo.
- Las conductas que son relevantes para el mantenimiento del hábito de uso de la sustancia.
- Los posibles trastornos médicos, neuropsicológicos y psicopatológicos que pueda padecer.

Dependiendo de la edad del paciente puede haber variaciones en el tipo de pruebas que se utilizan.

Los procedimientos básicos son:

- 1) Elaboración de una historia clínica básica en la que figuren los siguientes apartados e instrumentos:
 - a. Hoja de primer contacto: datos sociodemográficos y de contacto
 - b. Gravedad de la adicción (EuropASI)
 - c. Problemas de abuso o dependencia del alcohol
 - d. Disposición para el cambio y el tratamiento (SOCRATES)
 - e. Trastornos psicopatológicos
 - f. Afectación neuropsicológica
- 2) Análisis funcional de las conductas de consumo de sustancias
- 3) Análisis funcional de las conductas prosociales
- 4) Análisis funcional de las conductas problemáticas asociadas al consumo
 - a. Situaciones de recaída
 - b. Problemas de comunicación y relacionales con las personas significativas
- 5) Análisis bioquímicos del uso de sustancias
- 6) Proceso terapéutico
 - a. Registro de analíticas e incentivos
 - b. La escala de satisfacción

4.1.1. Elaboración de una historia clínica básica

La hoja de primer contacto pretende simplemente obtener los datos identificativos del cliente. En ese instrumento se recoge información sobre el motivo de consulta, quién lo deriva, asistencia forzosa, etc.

La evaluación de la gravedad del problema del individuo se realiza en siete áreas:

1. Salud física.
2. Empleo/recursos.
3. Drogas/alcohol.
4. Situación legal.
5. Historia familiar.
6. Relaciones familiares/sociales.
7. Salud mental.

El consumo de alcohol es bastante frecuente en las personas que consumen drogas ilegales, y los problemas asociados a su abuso pueden interferir en los objetivos de tratamiento. Por ello, resulta imprescindible conocer la posible existencia de problemas relacionados con el uso de esta sustancia. **Instrumentos de screening:**

- **AUDIT:** Consta de 10 ítems, y su aplicación lleva unos 2 minutos. Tiene como especial finalidad ayudar a los médicos de cabecera a identificar de forma precoz los casos de uso y abuso de alcohol. Versión española.
- **MAST:** 25 ítems y aplicación en 8 minutos.

El análisis de la disponibilidad para el cambio es importante en la conceptualización del caso. El tratamiento CRA es flexible y adaptativo. Su aplicación debe adecuarse al conocimiento que tengamos de las necesidades y motivaciones individuales.

- **SOCRATES:** Esta escala evalúa tres dimensiones de la motivación para el cambio como son:
 1. Reconocimiento del problema.
 2. Ambivalencia.
 3. Cambios ya puestos en marcha para modificar la situación.

La evaluación de trastornos psicopatológicos o afectación neuropsicológica puede ser muy relevante para la determinación de la gravedad del caso y para orientar algunas medidas de tratamiento adicionales. Tanto el BDI II o el SCID son de uso bastante frecuente.

4.1.2. Análisis funcional de las conductas de consumo de sustancias

La lógica del AF se enseña a los pacientes con el fin de que entiendan los determinantes de su conducta y la lógica del tratamiento.

Craving. Es normal que las personas adictas sientan una urgencia imperativa de consumir cuando se encuentran en ciertas situaciones, que puedan estar condicionadas por eventos internos o externos. Esas urgencias son de tiempo limitado y pueden ser afrontadas sin recurrir al uso de la droga.

El AF pretende enseñar a identificar los sucesos que disparan esa conducta de craving. Será útil para el desarrollo de estrategias encaminadas a evitar, prevenir o afrontar esas situaciones.

La utilización del AF es continua durante toda la intervención:

- En las **primeras etapas**, su finalidad principal está dirigida a conocer los condicionantes de su comportamiento de consumo.
- En las **etapas posteriores** resulta útil para prevenir y/o analizar las recaídas o las dificultades para poner en marcha los cambios.

Pasos en el AF:

1. **Identificar las situaciones de riesgo o precipitantes que condicionan el uso de la sustancia.** Estas situaciones precipitantes pueden estar conformadas por determinadas personas, lugares, la realización de determinadas actividades, el consumo de otras drogas, estado de ánimo, entre los factores más comunes.
2. **Describir detalladamente la conducta que sucede tras el precipitante.** La conducta de consumo es una de las más probables, pero no es la única posible.
3. **Señalar las consecuencias positivas y negativas tras la conducta de consumo.**
 - Positivas: efectos fisiológicos y psicológicos a corto plazo producidos por la droga
 - Negativas: son más a medio plazo y tiene que ver con la adopción de estilo de vida poco saludable, y problemas en todos los planos: social, económico, laboral, familiar y personal.

La puesta en marcha del AF comienza con la entrega al paciente del formulario: *“Descubriendo los motivos por los que consumes cocaína”*. Su cumplimentación la hace el paciente con la ayuda del terapeuta. El propósito es ayudarlo a descubrir la relación contexto-consumo. Posteriormente se pide al paciente que complete el *“Formulario de AF”* con la asistencia del terapeuta en los primeros casos.

4.1.3. Análisis funcional de las conductas alternativas reforzantes

Aquellas conductas que no están asociadas con el consumo y que puede reportar consecuencias positivas para el paciente.

Los objetivos de este tipo de análisis consisten en ayudar al paciente a identificar conductas agradables no asociadas al consumo, identificar desencadenantes positivos para este tipo de conductas, así como las consecuencias negativas y positivas, y comprometerse a llevarlas a cabo.

Puede suministrarse al paciente una lista que nos ayude a determinar qué conductas alternativas reforzantes se encuentran dentro de su ámbito de interés, para posteriormente ayudarle a encontrar la forma de poder realizarlas.

4.1.4. Análisis funcional de las conductas problemáticas asociadas al consumo

1. **Situaciones de recaída.** Tiene como objetivos principales evaluar los sistemas de alerta temprana, aprender a analizar e interrumpir la cadena de eventos que llevan a una recaída, ser capaz de decir no a las drogas o al alcohol de forma asertiva, y cambiar los patrones de pensamiento y conducta desadaptativa, sustituyéndolos por formas adaptativas de responder a los desencadenantes de las recaídas.
2. **Problemas de comunicación y relacionales con las personas significativas.** Conocer las habilidades comunicativas del paciente, así como los principales problemas de relación que encuentra con las personas significativas de su entorno. Para evaluar los ámbitos y gravedad del problema:
 - **Pacientes adultos:** *Escala de Satisfacción Relacional*.
 - **Pacientes adolescentes:** *Escala de Satisfacción*, para valorar la relación y habilidades de comunicación con sus padres y cuidadores.

Una vez que se han evaluado las áreas problemas y la calidad de la relación y comunicación, se pasa a analizar las cadenas de conducta que llevan a la ineficacia en la comunicación y a la insatisfacción.

4.1.5. Análisis bioquímicos de uso de sustancias

Los análisis de laboratorio para detectar el consumo de drogas son un procedimiento imprescindible tanto para la evaluación inicial como para el desarrollo del proceso terapéutico. Este tipo de análisis cumplen dos funciones básicas:

1. Proporcionar un indicador objetivo sobre el estado y la evaluación del sujeto.
2. Reforzar la capacidad y el esfuerzo del paciente para resistir y afrontar el deseo del consumir.

Existe una amplia gama de procedimientos de laboratorio de distinto nivel de complejidad para realizar controles de drogas.

- **La determinación en sangre** informa de la concentración de una droga específica en este fluido que, al mismo tiempo, tiene una alta correlación con las concentraciones en otros tejidos en el momento en el que se toma la muestra -> son de especial importancia en contextos en donde interesa conocer la intoxicación aguda o las reacciones por sobredosis.
- Con las **muestras tomadas en orina** se tiene en cuenta el consumo ocurrido varias horas o días antes de la toma de la muestra -> contextos clínicos de tratamiento.
- Los **análisis de pelo** tienen una vida media de varias semanas o meses -> contextos clínicos de tratamiento.

La **fiabilidad** de algunos de estos test, en especial, los de orina, no es ni mucho menos, absoluta. En concreto, son relativamente frecuentes los **falsos positivos** en sujetos que no han consumido drogas. Este es el **caso más frecuente en el cannabis** (THC se acumula en el tejido graso).

Por otra parte, la mayoría de las pruebas de drogas no son útiles para identificar la dependencia a una sustancia o el daño producido por esta.

4.1.6. Proceso terapéutico

Existe un buen nº de formularios de control del proceso del tratamiento en CRA con uso de incentivos. Es un tipo de evaluación que **permite analizar la evolución del paciente y establecer procedimientos de control del tratamiento.**

Hay instrumentos que evalúan lo realizado en cada sesión y procedimiento, hacen de registro de analíticas e incentivos, resumen progresos que va haciendo el paciente e incluso también se dispone de instrumentos para evaluar la calidad de la intervención.

Uno de los más interesantes es la *Hoja de Progresos y Guía de Sesión*, además sirve para establecer los objetivos específicos de las sesiones futuras en función de las crisis o problemas detectados.

5. REVISIÓN DE LOS TRATAMIENTOS

Las guías de actuación de referencia son el **NIDA** (Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas) americano, y el **NICE** (Instituto Nacional para la Excelencia Clínica y Sanitaria) inglés, que **destacan las intervenciones psicológicas como los componentes críticos en el tratamiento de las drogodependencias.**

Las intervenciones están dirigidas a **promover la abstinencia** a través de diferentes técnicas, tales como:

- **El entrenamiento en habilidades de afrontamiento** ante situaciones precipitantes del consumo.
- **El uso de incentivos** contingentes a la abstinencia.
- **La reducción de la reactividad** que causan algunos estímulos estrechamente vinculados con el consumo.
- **El incremento de la motivación** para dejar de consumir una determinada sustancia.

Las intervenciones que se describen a continuación no deben entenderse como estrategias excluyentes sino como **intervenciones complementarias.**

5.1 Entrevista motivacional

Surge del interés en la **influencia del estilo terapéutico** y no tanto de las técnicas utilizadas en los resultados del tratamiento.

Es un **protocolo de intervención que pretende promover el cambio** comportamental a través de diferentes técnicas y ejercicios que fomenten un balance decisional y la decisión de cambiar en el paciente. En el caso del abuso o dependencia de sustancias, el terapeuta debe ayudar al paciente a resolver la ambivalencia entre el consumo o no de sustancias presente al inicio del tratamiento.

La Intervención consiste en una evaluación inicial estandarizada seguida de entre 2 y 4 sesiones.

- Durante las sesiones iniciales, el terapeuta estimula el **debate sobre el uso de sustancias** para promover el cambio inicial utilizando información recogida en la evaluación.
- Posteriormente, se **sugieren y discuten estrategias de afrontamiento** en situaciones de riesgo y se continúa con técnicas que promueven el compromiso para mantener la abstinencia.

Ha tenido **éxito** en individuos dependientes de la marihuana en combinación con terapia cognitivo-conductual, pero en el caso de **otras sustancias ilegales, los resultados no son consistentes.**

En general, la EM parece ser más eficaz para involucrar a los consumidores de drogas en el tratamiento y para **incrementar la retención que para producir cambios en el uso de drogas.**

El uso combinado de la EM junto con otras intervenciones parece una buena estrategia para aquellos sujetos **resistentes al cambio o con baja motivación inicial.**

Estilo Terapéutico de la EM	Estrategias para facilitar el Estilo Terapéutico
○ Promover la empatía ○ Desarrollar discrepancias entre la conducta actual del sujeto y sus expectativas. ○ No asumir el papel autoritario durante la terapia. o Utilizar estrategias persuasivas en lugar de coercitivas. ○ No emplear etiquetas diagnósticas. ○ Enfatizar la responsabilidad personal en la solución. ○ Apoyar la autoeficacia. ○ Evitar discusiones con el paciente para evitar su resistencia	○ Uso de preguntas abiertas. ○ Escucha activa. ○ Resumir cada cierto tiempo lo que dice el paciente. ○ Asentir de forma sincera en momentos importantes. ○ Reforzar las verbalizaciones del paciente dirigidas al cambio.

5.2 Entrenamiento en habilidades / prevención de recaídas

Desarrollado inicialmente para el tratamiento de la adicción al alcohol, su uso ha ido extendiéndose a todo tipo de sustancias.

El **objetivo** fundamental es que el paciente identifique los precipitantes o factores de riesgo que desencadenan el consumo para poder evitarlos o afrontarlos con éxito. Se trata de que el paciente deje de consumir y, una vez abstinente, evite las recaídas poniendo en marcha las estrategias aprendidas en el tratamiento.

El planteamiento que subyace a esta estrategia terapéutica es que el paciente carece de las habilidades para identificar y enfrentarse a las situaciones sociales e interpersonales de riesgo, por lo que los aspectos fundamentales del tratamiento son:

1. **Uso del análisis funcional:** Detecta los antecedentes y consecuentes que provocan y mantienen el consumo de sustancias. Esta herramienta se utiliza también durante la fase de intervención con el objetivo de que sea el propio paciente el que analice su consumo de drogas.
2. **Entrenamiento en habilidades:** Para que el paciente afronte de forma más eficaz las situaciones de riesgo detectadas mediante el AF. En función de las necesidades del paciente se trabajará con habilidades de comunicación, de afrontamiento, de solución de problemas o habilidades sociales. El entrenamiento se realiza durante las sesiones de tratamiento mediante procedimientos de modelado, ensayo, feedback y puesta en práctica de situaciones significativas.

Existen varios protocolos tratamiento que han sido desarrollados siguiendo este modelo:

- **Terapia Cognitivo Conductual (CBT).** Para la adicción a la cocaína ha mostrado su eficacia frente a otro tipo de intervenciones. Los parámetros están perfectamente delimitados. Sesiones individuales en un contexto externo y con una duración de entre 12-16 sesiones, aproximadamente 12 semanas. Incluye 6 de recuerdo durante los 6 meses siguientes a la finalización de la 1ª fase del tratamiento. Los componentes son los siguientes:
 1. Análisis funcional del abuso de la droga.
 2. Entrenamiento en el reconocimiento y afrontamiento del craving.
 3. Solución de problemas.
 4. Afrontamiento de emergencias.
 5. Habilidades de afrontamiento.
 6. Examen de los procesos cognitivos relacionados con el consumo.
 7. Identificación y afrontamiento de las situaciones de riesgo.
 8. Empleo de sesiones extras para el entrenamiento en habilidades.

- **Programa de Reforzamiento Comunitario.** Es un programa de entrenamiento en habilidades desarrollado para el tratamiento del alcohol y más tarde adaptado para la adicción a la cocaína. Busca el cambio terapéutico manipulando las contingencias naturales que pueden estar influyendo en el mantenimiento de la adicción y utilizando reforzadores naturales para facilitar el proceso.
- Los componentes del CRA varían dependiendo de las necesidades individuales de los pacientes, pero habitualmente se trabajan:

1. Estrategias para reducir las barreras del tratamiento.
2. Asesoramiento vocacional para pacientes desempleados.
3. Identificación de antecedentes y consecuentes del uso de drogas y conductas alternativas saludables.
4. Terapia conductual de pareja.
5. Entrenamiento en habilidades para reducir el riesgo de recaídas.
6. Terapia con disulfiram para individuos con problemas con el alcohol.

El CRA se ha aplicado con mayor frecuencia acompañado de un protocolo de manejo de contingencias (CRA + terapia del incentivo).

Eficacia Diferencial del Entrenamiento de Habilidades:

- Ha mostrado una mayor eficacia para la adicción a la cocaína, tanto de forma aislada como con el MC.
- Puede considerarse un tratamiento de 1ª elección.
- En el caso de la adicción a la heroína, se ha mostrado que favorece la abstinencia, mejora el cumplimiento de objetivos terapéuticos y el funcionamiento psicosocial de estos pacientes.
- Es más eficaz en los pacientes adictos a opiáceos que presentan también sintomatología psiquiátrica.
- En los escasos estudios publicados con relación a los trastornos por consumo de cannabis, se apunta hacia un beneficio de las intervenciones basadas en el entrenamiento de habilidades.

5.3 Manejo de contingencias (MC)

Es un tipo de intervención conductual que entiende el consumo de sustancias como una conducta operante susceptible de ser modificada por los mismos principios que cualquier otro comportamiento.

Los programas de MC se basan en la administración de reforzadores contingentes a la abstinencia haciendo incompatible el consumo de sustancias y la obtención de recompensas.

Estos programas se basan en 3 principios generales:

1. Seleccionar y monitorizar frecuentemente la conducta objetivo.
2. Proporcionar reforzadores tangibles cuando se realiza la conducta objetivo.
3. Eliminar los reforzadores cuando se realiza la conducta objetivo y eliminar los reforzadores cuando la conducta objetivo no ocurre.

Los programas de MC exigen ciertas condiciones para que su aplicación sea acertada:

- Que los pacientes conozcan las condiciones del programa.
- La consistencia en la aplicación del reforzamiento.
- Que la programación inicial se respete día a día.

Para seleccionar la conducta reforzada hay que tener en cuenta que el **terapeuta debe poder comprobar de forma objetiva que la conducta se ha realizado**. El consumo se puede monitorizar mediante analíticas, pero en caso de utilizar otro tipo de objetivos se deberá buscar un sistema que permita comprobar la realización de las conductas.

ASPECTOS CLAVES PARA QUE LA CONDUCTA SE INSTAURE CON ÉXITO:

- Contigüidad temporal.
- El desvanecimiento sucesivo del programa de reforzamiento.

Las Técnicas de MC seleccionan como **conducta objetivo la abstinencia**. Cuando la analítica es:

- **Negativa**, el paciente recibe un reforzador pactado previamente.
- **Positiva**, el paciente no recibe reforzador e incluso podría tener alguna consecuencia negativa asociada.

La MC también se ha utilizado para reforzar otros objetivos terapéuticos como las conductas que compiten con el consumo y que ayudan a alcanzar la abstinencia.

El Tipo de Reforzadores que se utilizan son aquellos en los que los **pacientes ganan vouchers (vales) canjeables por bienes o servicios**, contingentes a la conducta objetivo. Otro tipo de reforzadores utilizados han sido: **dinero en efectivo, privilegios clínicos, acceso a empleo o alojamiento, etc.**

Los **tratamientos con procedimientos de MC** han demostrado tener mejores resultados que otro tipo de intervenciones terapéuticas, por lo que se presentan como **tratamientos de 1ª elección**.

Existen varios **protocolos de intervención** que incorporan el uso del MC para el tratamiento de la adicción a sustancias ilegales:

- **Programa de Reforzamiento Comunitario más Terapia de Incentivo (CRA + vouchers)**. Integra el programa CRA, con un programa de MC en donde los **pacientes pueden ganar vales canjeables por determinados reforzadores que contribuyen a alcanzar los objetivos del programa**, a cambio de mantenerse abstinentes.

Los **objetivos terapéuticos** van dirigidos a realizar **cambios en el estilo de vida en 4 áreas fundamentales**:

1. **Relaciones familiares.**
2. **Actividades de ocio.**
3. **Relaciones sociales.**
4. **Área vocacional.**

Los componentes de la terapia son varios y el orden y nº de las sesiones dedicado a cada uno de ellos varían dependiendo de las necesidades del paciente.

La eficacia de la intervención ha quedado patente a través de multitud de ensayos clínicos.

- **Programa Lugar de Trabajo Terapéutico**. Utiliza el **salario como reforzador** contingente a la abstinencia y a otras conductas ligadas a la participación en módulos de empleo. Se ha utilizado con **pacientes adictos a opiáceos** en programas de mantenimiento con metadona.

Eficacia diferencial de MC

- **Intervenciones que incorporan MC** tienen mejores resultados que las intervenciones aisladas basadas en **modelos tradicionales de entrenamiento de habilidades**.
- **MC es el componente activo fundamental durante la fase de tratamiento**, Mayores tasas de abstinencia y retención.
- MC es útil en el caso de **adolescentes con abuso o dependencia del cannabis**. Uso de MC **junto con otras intervenciones como la CBT, EM o intervenciones conductuales familiares** parece una **alternativa eficaz de tratamiento para jóvenes con trastornos por consumo de sustancias**.
- No obstante, la **generalización del uso de estas técnicas** no es la esperada si nos atenemos a los **datos de eficacia en estudios empíricos**. Esto se debe fundamentalmente a **2 razones**:
 1. **Coste económico** que conlleva la puesta en marcha de este tipo de intervenciones. Una estrategia para reducir los costes es solicitar donaciones a instituciones públicas y privadas.
 2. **La adaptabilidad de este tipo de programas a contextos comunitarios**.

5.4 Exposición a estímulos

Las técnicas de intervención basadas en el **paradigma de exposición a claves (CET)**, están **orientadas a reducir la reactividad ante las claves mediante procedimientos de exposición y extinción**.

Se han llevado a cabo investigaciones que han mostrado cómo la exposición a claves puede producir deseo de consumo y precipitar el mismo. Sin embargo, **pocos estudios han utilizado esta metodología** como **herramienta de intervención**. Algunos autores proponen que la utilidad fundamental de la extinción pasiva es la de permitir una realización más efectiva de las habilidades de afrontamiento. Así, **la exposición pasiva constituiría la 1ª fase de la intervención**, la cual debería ser complementada por estrategias activas de intervención.

Los estudios clínicos que han utilizado técnicas de exposición a claves siguen los siguientes pasos:

1. **Selección de claves** a las que se expondrá el sujeto en función de su historia de consumo y/o preferencias.
2. **Elaboración de una jerarquía de exposición** comenzando por los estímulos o situaciones que producen menos deseo y siguiendo en orden ascendente.
3. **Selección del tipo de respuesta que se tendrá en cuenta para evaluar la reactividad**. Por lo general, se utiliza el deseo subjetivo de consumo del paciente o craving.
4. **Selección del criterio de extinción** en función de la medida de línea base y de la reactividad que lleguen a producir las claves.
5. **Exposición a los ítems de la jerarquía** con el procedimiento correspondiente.
6. La **exposición** puede ser totalmente pasiva, en la que únicamente se buscan respuestas de habituación, o activa, donde la exposición se acompaña de estrategias de afrontamiento entrenadas previamente.
7. Durante la exposición es necesario garantizar que **el paciente no tenga conductas de escape**, fundamentalmente, de desatención al estímulo.
8. Se utilizan **tareas para casa** en las que se programa una exposición en vivo con prevención de respuesta.

La **modalidad de exposición** (en vivo, en imaginación, etc.) determina en gran medida la capacidad de los estímulos para producir el deseo de consumo y que las respuestas de habituación o extinción se generalicen.

Realidad Virtual (RV): la “ventaja” es que los sujetos no tienen la sensación de ser observadores, sino de formar parte de los entornos, **incrementando así la sensación de realismo**.

Aunque algunos estudios muestran **resultados esperanzadores** en **algunas sustancias ilegales (cocaína)** parecen **desaconsejarse** en el caso de la adicción a opiáceos y no hay estudios que hayan utilizado este paradigma para el **tratamiento del uso o abuso del cannabis**.

6. PROGRAMA DE TRATAMIENTO PROPUESTO: PROGRAMA DE REFORZAMIENTO COMUNITARIO + TERAPIA DE INCENTIVO

6.1 Aproximación clínica y sesiones iniciales

Parámetros de Tratamiento	Estilo Terapéutico	Técnicas
Duración: 12 meses Semanas 1-24: 2 sesiones individuales o grupales a la semana. Se emplean contactos adicionales telefónicos o cara a cara si fueran necesarios. Semanas 24 en adelante: 1 sesión individual o grupal a la semana. Análisis de orina: 3 veces por semana durante las semanas 1-12; y 2 veces por semana durante las semanas 13-24. Aleatorio el resto del tratamiento	Flexibilidad Empatía Implicación activa Directivo pero colaborador Reforzamiento social	Contrato conductual Establecimiento de objetivos. Aproximaciones sucesivas. Auto-registros. Premack. Entrenamiento en habilidades (HH. Sociales, Solución de Problemas, Relajación, Manejo del Tiempo, etc.). Gráficos de progresos. Manejo de contingencias

Estructura de las Sesiones	Sesiones Iniciales: Sesión/es de Admisión	Primeras Sesiones.
1) Se realiza la analítica. 2) El terapeuta anota los resultados (gráfico de analíticas): Resultado negativo: reforzamiento social y discusión Resultado positivo: AF de la caída más reciente 3) Se revisan/evalúan los progresos de cada objetivo de tto. Se actualizan los gráficos/Se discuten problemas. 4) Si no existe progreso adecuado: solución de problemas. 5) Objetivos para la siguiente sesión (tareas para casa). 6) Entrenamiento en habilidades cuando sea apropiado. 7) Revisión/Evaluación tto. farmacológico si procede. 8) Revisar/enfatizar los objetivos para la siguiente sesión. 9) Se cubre la hoja de progresos y la guía para la siguiente sesión.	1) Explicación programa CRA, especial hincapié en: Confidencialidad Especificidad para problemas de adicciones Duración programa y parámetros del tratamiento Objetivo → cambio en el estilo de vida Explicación del programa de incentivo 2) Entrega de la Agenda y explicación de su utilidad 3) Instrumentos de evaluación. 4) Elaboración del Listado de Problemas y Plan de Tratamiento. Conveniente que el Plan se complete en colaboración con el paciente para que se implique en los objetivos. La abstinencia es siempre el primer objetivo. El resto de los objetivos se priorizan en función de la gravedad y de la relación funcional con el consumo. 5) Contrato de abstinencia.	Revisar los resultados de las analíticas, completar la evaluación del paciente y revisar la racionalidad del Plan. Introducir la noción de AF del uso de sustancias y los procedimientos del control estimular para ayudar al paciente a obtener la abstinencia inicial. Es importante, enseñar a los pacientes a identificar los antecedentes del uso de cocaína y cómo ellos pueden enfrentarse a las situaciones de alto riesgo. Empezar a utilizar la agenda del paciente para organizar el plan de actividades. Iniciar o continuar con el tratamiento de disulfiram, si procede. Organizar y comenzar el programa de tratamiento: discusión de las áreas de cambio en los distintos ámbitos del estilo de vida basándose en los datos de la evaluación previa.

6.2 Terapia de incentivo

Procedimiento de MC que **refuerza sistemáticamente la retención y la abstinencia**. Los puntos son obtenidos por **resultados negativos en los análisis de orina**.

El procedimiento recompensa cada uno de los negativos aislados y ofrece incentivos de mayor magnitud para los pacientes que mantienen periodos largos de abstinencia continuada. **Se reconoce que las caídas o deslices aislados son altamente probables en el transcurso del tratamiento**.

El valor de los puntos se incrementa o reduce en función de los resultados de las analíticas. No se utiliza dinero.

Protocolo	Evaluación Objetiva
Cada punto ganado debe tener un valor en euros (en este caso, 0,25 euros).	La evaluación del uso de drogas a través de los análisis de orina una parte esencial de la CRA. Es muy importante que el protocolo: incentivos sea administrado de forma consistente y precisa.
Semanas 1-12: 3 analíticas por semana.	
Primer resultado negativo: 10 puntos	La recogida de orina debe realizarse siempre bajo la observación de personal de la clínica de acuerdo con un programa rígidamente establecido.
Para las siguientes muestras negativas , el valor de estas se incrementa en 5 puntos.	Los niveles de alcohol en el aire expirado también son evaluados cada vez que se crea conveniente.
Por cada 3 muestras negativas consecutivas el paciente obtiene un extra de 40 puntos.	
Un análisis positivo o una ausencia de analítica hacen que el valor de las muestras vuelva al valor inicial de 10 puntos.	
Cinco analíticas negativas consecutivas tras una positiva hacen retornar al nivel que se había obtenido previamente.	
Semanas 13-24: 2 analíticas por semana.	

6.3 Habilidades de afrontamiento de consumo de drogas

Con el **objetivo de iniciar la abstinencia**, los pacientes han de aprender los lugares, personas y objetos que estimulan el deseo de consumo y cómo evitar o afrontar tales estímulos. CRA. **Utiliza 3 métodos:**

1. **Análisis funcional (AF).** El AF **se utiliza a lo largo de todo el tratamiento cuando se necesite**. Si se produce una caída, se debe analizar para enseñar al paciente como evitar situaciones similares. Debe entender la racionalidad del AF para aprender a interpretar su consumo dentro de un modelo operante susceptible de ser modificado, desde el primer día.
2. **Plan de Auto-manejo.** Paciente y terapeuta deben desarrollar un plan de automanejo para afrontar los **precipitantes identificados con el AF**. Para ello, se trabaja con el abordaje tradicional de resolución de problemas:
 - **Elegir una situación precipitante.**
 - **Tormenta de ideas de estrategias potenciales.**
 - **Consideración de los efectos de cada una de las estrategias.**
 - **Clasificación de la dificultad de cada estrategia desde 1 (muy fácil) hasta 10 (extremad. difícil).**
 - **Se selecciona una estrategia tras considerar los 3 pasos anteriores.**
 - **Discusión de cómo se llevará a cabo la estrategia.**

3. **Habilidades de Afrontamiento.** Más de 1/3 de las recaídas se relacionan con la presión social directa por lo que se trata de entrenar al paciente en el rechazo de drogas. El terapeuta da información acerca de formas concretas de rechazar una droga de forma eficaz.
- Se trabaja con **role-playing** seleccionando diferentes situaciones en las que el paciente puede tener dificultades para no consumir cocaína.
- Se trabaja con **modelado**, ensayo conductual, feedback, problemas y dificultades y tareas para casa.

6.4 Cambios en el estilo de vida

Manejo de Tiempo	Entrenamiento en uso productivo del tiempo. Aprender a programar y ejecutar los eventos y actividades a lo largo del día, para que tengan poco tiempo en donde no tengan nada que hacer y poco tiempo de riesgo disponible. ○ Se entrega una agenda y se le enseña cómo usarla. Tienen que hacer una lista con lo que quieren llevar a cabo ese día o hasta la próxima sesión. Se comienza anotando las citas con el terapeuta y progresivamente se anota la programación semanal basada en los objetivos terapéuticos. El terapeuta debe guiar al paciente a hacer una planificación del tiempo eficiente y realista. Cada vez que se realice una actividad deben tacharla en su agenda. Al final del día deben comprobar cuántos ítems han tachado. ○ El paciente debe llevar su agenda y la lista diaria a cada una de las sesiones. ○ Si el paciente no cumple con este ejercicio entre sesiones, se debe insistir en ello y, en todo caso, realizar el ejercicio dentro de cada sesión.																
Consejo en Actividades Sociales y de Ocio.	Aumentar el interés y participación en actividades sociales y recreativas que son reforzantes para el paciente y que NO implican uso de drogas. Trata de ayudar a los pacientes a desarrollar las condiciones para tener este tipo de actividades sociales o de tiempo libre. El 1er paso: desarrollar una lista de actividades potencialmente reforzantes que el paciente esté interesado en llevar a cabo. El terapeuta debe ayudar al paciente a través de las siguientes preguntas: ○ Actividades actuales ○ Actividades reforzantes del pasado ○ Cosas que el paciente siempre quiso hacer, pero que nunca llegó a realizar. También utilizar un listado de actividades potencialmente reforzantes para analizar el interés de los pacientes en diversas actividades. Deben ser categorizadas en función del interés, coste, tiempo disponible, probabilidad o si requiere ejercicio físico o es sedentaria. Objetivo: aumentar el tiempo que pasa con no consumidores y extinguir el contacto con consumidores. Hacer una lista de personas que puedan participar en las actividades seleccionadas, el mayor nº de personas posibles. Las técnicas conductuales para la consecución de objetivos y el moldeado son las que se aplican para este objetivo.																
Habilidades en Solución de Problemas.	El tratamiento implica realizar cambios en el estilo de vida y buscar solución para muchos tipos de problemas. El objetivo de este módulo es enseñarles a identificar, analizar y encontrar soluciones a muchos problemas que pueden influir en el proceso de cambio. <table border="1"> <thead> <tr> <th>Problemas al realizar cambios en el estilo de vida</th><th>Pasos en el entrenamiento para la SP</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Dificultad para encontrar tiempo para realizar actividades o hobbies</td><td>○ Reconocer el problema: ser consciente de la situación problemática</td></tr> <tr> <td>Problemas con los niños</td><td>○ Identificar el problema: definir el problema de forma específica y conductual</td></tr> <tr> <td>Problemas en el trabajo</td><td>○ Tormenta de ideas: principios de cantidad, variedad y aplazamiento del juicio</td></tr> <tr> <td>Problemas con la familia</td><td>○ Selección de estrategia: la más eficaz: más ventajas y menos inconvenientes</td></tr> <tr> <td>Problemas legales</td><td>○ Evaluar la efectividad: discutir sobre la eficacia de la solución elegida. Comprobar que sea realista.</td></tr> <tr> <td></td><td>○ Práctica: realizar por escrito con la ayuda del terapeuta este proceso con varios tipos de problemas</td></tr> <tr> <td></td><td>○ Tareas para casa: traer por escrito varios problemas reales resueltos.</td></tr> </tbody> </table>	Problemas al realizar cambios en el estilo de vida	Pasos en el entrenamiento para la SP	Dificultad para encontrar tiempo para realizar actividades o hobbies	○ Reconocer el problema: ser consciente de la situación problemática	Problemas con los niños	○ Identificar el problema: definir el problema de forma específica y conductual	Problemas en el trabajo	○ Tormenta de ideas: principios de cantidad, variedad y aplazamiento del juicio	Problemas con la familia	○ Selección de estrategia: la más eficaz: más ventajas y menos inconvenientes	Problemas legales	○ Evaluar la efectividad: discutir sobre la eficacia de la solución elegida. Comprobar que sea realista.		○ Práctica: realizar por escrito con la ayuda del terapeuta este proceso con varios tipos de problemas		○ Tareas para casa: traer por escrito varios problemas reales resueltos.
Problemas al realizar cambios en el estilo de vida	Pasos en el entrenamiento para la SP																
Dificultad para encontrar tiempo para realizar actividades o hobbies	○ Reconocer el problema: ser consciente de la situación problemática																
Problemas con los niños	○ Identificar el problema: definir el problema de forma específica y conductual																
Problemas en el trabajo	○ Tormenta de ideas: principios de cantidad, variedad y aplazamiento del juicio																
Problemas con la familia	○ Selección de estrategia: la más eficaz: más ventajas y menos inconvenientes																
Problemas legales	○ Evaluar la efectividad: discutir sobre la eficacia de la solución elegida. Comprobar que sea realista.																
	○ Práctica: realizar por escrito con la ayuda del terapeuta este proceso con varios tipos de problemas																
	○ Tareas para casa: traer por escrito varios problemas reales resueltos.																

Asesoramiento Vocacional.	El objetivo es ayudar a los desempleados a encontrar trabajo o mejorar la situación de empleo de aquellos que están insatisfechos o que tienen un trabajo que supone una importante situación de riesgo. Dependerá de cada caso particular. Se aplica durante todo el tratamiento. Algunos de los más habituales pueden ser los siguientes: ○ Desempleados: ir al INEM, formación, hacer CV, hacer un contacto laboral al día, etc. ○ Demasiadas horas / horarios irregulares: trabajar entre 35-50 horas semana, horarios regulares. ○ Alto Riesgo / Insatisfechos: explorar posibilidades de cambio, enviar CV, modificar contexto, formación.
Entrenamiento en Habilidades Sociales.	Para pacientes que tienen dificultades para: relacionarse con no consumidores, con compañeros de trabajo u otras personas, asistir a actividades porque no se sienten a gusto, expresar sus sentimientos de forma adecuada.
Entrenamiento en Asertividad.	Apropiado para pacientes que tienden a tener un estilo pasivo, o bien agresivo, en las situaciones sociales. Normalmente se utilizan entre 2 y 4 sesiones.
Definición de Estilos.	Conducta pasiva, agresiva y asertiva. Consecuencias. Ventajas y desventajas o Resaltar la conveniencia general de utilizar un estilo asertivo, pero que también se puede elegir un estilo pasivo o agresivo si la situación lo requiere.
Prevención y Educación de VIH.	Al menos 1 ó 2 sesiones en los primeros momentos de la terapia. Se trabaja con un cuestionario de conocimientos sobre el VIH/SIDA. Los pacientes lo completan, se revisa cada ítem y se resuelven dudas y respuestas incorrectas. Visionado de un video de educación sobre el SIDA. Después, el terapeuta debe enfatizar la siguiente información: ○ El uso intravenoso es el factor de riesgo más importante, aunque también afecta a otras poblaciones. ○ Revisar las 3 vías por las que el VIH puede ser transmitido (sangre, contacto sexual y de madres a hijos). ○ Las personas infectadas no tienen necesariamente que encontrarse mal ni estar enteradas de ello. Pueden tener el virus y no enterarse durante años, mientras están infectando a otras personas. ○ Si el paciente consume en la actualidad por vía intravenosa, la única manera de estar seguro es parar de inyectarse. Si continúa, debe siempre usar siempre jeringuillas nuevas. Deben utilizarse siempre preservativos y el espermicida que contiene el ingrediente monoxynol-9, en todo tipo de relación sexual. ○ El alcohol y otras drogas pueden aumentar el riesgo al reducir el sistema inmune y provocar conductas de riesgo.

6.5 Asesoramiento en las relaciones de pareja

Consiste, por lo general, en 1 sesión semanal durante 4 semanas y una sesión cada 2-4 semanas en el resto del programa, para un total de 8 sesiones aproximadamente.

6.5.1 Sesión 1

En la primera sesión se debe explicar el contenido, los objetivos (estar más satisfecho con las relaciones interpersonales) y la relación con el consumo de drogas.

Ejercicio de introducción	Escala de satisfacción relacional (Apéndice 4)	Recuerdo diario para ser agradable
Para romper el hielo, se puede empezar preguntando cómo se conocieron y cómo fueron los primeros momentos de estar juntos. Sólo se permiten comentarios positivos	Cada miembro la cubre por separado. Se evalúan los problemas existentes en la actualidad, no del pasado Se les entrega una lista de ejemplos en áreas diferentes. Se recogen y discuten las respuestas y se explica que la escala se cubrirá en más ocasiones.	Los pacientes deben cubrir un formulario durante la semana en la que anotarán detalles agradables que han hecho por su pareja. El ambiente debe ser relajado y divertido. Se les pide que, como mínimo, incluyan 10 satisfacciones que propiciaron a su pareja, cada día y expuesto en un lugar visible. Se debe enfatizar en que deben ser concretos. En cada sesión, se revisa el registro y se discute.

6.5.2 Sesión 2

Revisar la Escala de Satisfacción Relacional y discutir sobre los cambios producidos desde la sesión anterior.

Revisar/discutir el listado diario cubierto desde la sesión anterior, resaltando específicamente qué conductas positivas llevó a cabo cada uno de los miembros y cómo les afectaron las conductas del otro.

Formulario de Relación Perfecta: este registro nos servirá para conocer en qué aspectos les gustaría que la otra persona hiciera cambios específicos. Se trata de identificar conductas concretas para cambiar. Así, la otra persona tendrá claro qué aspectos se deben mejorar.

Petición Positiva: Componente diseñado para enseñar cómo pedir cosas a la otra persona. Se muestra la forma adecuada de hacer peticiones, se practica con el objetivo planteado en el formulario de relación perfecta y transcribe en el contrato de pareja. En la siguiente sesión se revisa este objetivo. Se utiliza la estrategia en las siguientes sesiones hasta que se estime conveniente.

6.5.3 Sesiones 3-4

Revisar progresos o problemas que hayan podido surgir y se plantean nuevos objetivos.

Entrenamiento en comunicación: mejorar la comunicación entre el paciente y su pareja. Se trabaja sobre cómo resolver desacuerdos, cómo solucionar conflictos, cómo poner en marcha buenas habilidades de escucha y cuáles son los patrones específicos que generan problemas de comunicación.

6.5.4 Sesiones 5-8

A lo largo de todas las sesiones de pareja, ésta debe seguir completando la Escala de Relaciones Felices, el Registro de Recuerdo Diario, cubrir contratos recíprocos y practicar habilidades de comunicación.

Las últimas sesiones se espacian más y se reanudan cuando se considere necesario.

6.6 Consumo de otras drogas

Muchos consumidores de sustancias ilegales consumen otras drogas. El consumo de alcohol o cannabis en pacientes dependientes de la cocaína o de la heroína es habitual. Igualmente, el consumo de alcohol en pacientes que acuden a tratamiento por problemas con el cannabis también es frecuente.

El terapeuta debe plantear al paciente las ventajas de mantenerse abstinente de otras sustancias. La racionalidad de esta demanda debe ser justificada:

- Es muy difícil lograr la abstinencia a la sustancia principal mientras que continúen abusando de otras drogas.
- El uso de otras drogas suele ser un precipitante para el uso de la sustancia principal.
- La abstinencia de la sustancia principal les va a ayudar a dejar de consumir otras sustancias.
- Deben entender que las consecuencias negativas que ellos esperan por dejar de consumir una sustancia, no se solventarán con el uso de otras drogas.
- El abuso de otras drogas puede interferir con los objetivos de cambio del estilo de vida.
- El abuso de otras drogas puede traer consecuencias aversivas directas.

En caso de que el paciente no acepte esta demanda, pueden firmarse contratos terapéuticos en los que el paciente se comprometa a dejar de consumir las sustancias secundarias si éstas interfieren en el tratamiento.

El alcohol: sustancia más utilizada en pacientes adictos a sustancias ilegales. La **estrategia para afrontar los problemas del alcohol** es la siguiente:

- Si criterios de abuso o dependencia -> el uso de **disulfiram**. Se utilizan también procedimientos conductuales.
- No criterios de dependencia o abuso, pero existe una clara relación entre el alcohol y la droga principal, se recomienda -> **disulfiram** y terapia conductual.
- No de acuerdo con la abstinencia -> proponer la restricción del consumo.
- No de acuerdo con ninguna de las opciones anteriores -> contratos terapéuticos.

6.7 Otros trastornos

Sintomatología depresiva: Muchos pacientes presentan niveles de sintomatología depresiva. Estos síntomas son consecuencia del uso de la sustancia y del síndrome de abstinencia, y remiten espontáneamente a las pocas semanas del tratamiento. Para algunos pacientes, los síntomas continúan después de la abstinencia. El protocolo va dirigido a estos pacientes y debe acompañarse, cuando sea necesario de farmacología:

- **Evaluación del riesgo de suicidio:** evaluarlo inmediatamente.
- **Monitorización de la sintomatología:** identificar mediante evaluación los síntomas depresivos. Aquellos que presenten puntuaciones altas en pruebas como el BDI o tengan una historia de depresión deben ser monitorizados a lo largo de todo el tratamiento. BDI puede ser administrado cada 2 semanas hasta que la puntuación se sitúe en un rango normal. Después de esto, debe ser administrado mensualmente.
- **Intervención:** Decisión de llevar una terapia específica para la depresión no debe tomarse hasta que hayan adquirido un periodo relativamente estable de abstinencia (2-4 semanas). Cuando los pacientes no logran la abstinencia y la depresión es concurrente, el tratamiento para ésta debe comenzarse antes de la abstinencia. El protocolo de intervención recomendado es la terapia conductual de Lewinsohn y cols.

Ansiedad: La sintomatología ansiosa es de **carácter social** (reactiva a los cambios en el estilo de vida que se le proponen al paciente). Si la ansiedad social interfiere con los objetivos del tratamiento, el terapeuta debe tratarla mediante una combinación de entrenamiento en habilidades y relajación. o Se recomienda -> relajación progresiva de Jacobson o la relajación mediante respiración profunda. o Importante que el terapeuta ayude al paciente a seleccionar los momentos en que la relajación puede serle útil en relación con el consumo de drogas y rebajar los niveles de estrés de la persona.

Insomnio: síntoma común que es importante abordar si es persistente, ya que puede interferir en el objetivo de abstinencia y en el cambio de estilo de vida. o Se debe considerar una intervención específica para cualquier paciente que tenga dificultades de sueño importante tras 2-4 semanas de tratamiento. o El protocolo para intervenir y mantener unos hábitos de sueño regulares se basa en una correcta higiene del sueño y en técnicas de control estimular.

6.8 Supervisión

El programa CRA + Terapia de Incentivo debe ser supervisado por un profesional con experiencia en abuso de sustancias y análisis de conducta. Los supervisores proporcionan ideas para el plan de tratamiento y para los objetivos de cambio de conducta.

Una de sus funciones principales es mantener el tratamiento focalizado en la dependencia de la sustancia y en aquellos problemas directamente relacionados con ella.

El estilo del supervisor debe incluir apoyo, feedback, solución de problemas e instrucción.

Pueden promover solución de problemas en equipo, pero siempre dejando claro que la responsabilidad de los pacientes es de cada terapeuta.

Se recomiendan sesiones semanales de supervisión y pequeñas reuniones diarias del equipo terapéutico

7. PERSPECTIVAS DE TRATAMIENTO

Existe suficiente soporte científico que avala la eficacia de determinadas técnicas psicológicas en el tratamiento de las conductas adictivas. La terapia de conducta cuenta con **tratamientos empíricamente validados**. Los factores relacionados con el desarrollo y mantenimiento de las conductas adictivas son múltiples y de diferente índole.

La evidencia demuestra que **en la actualidad se dispone de tratamientos conductuales de 1ª elección** (bien establecidos) y que las terapias conductuales son componentes críticos para el tto efectivo de la drogadicción.

A pesar de esta eficacia, en la **práctica totalidad de las conductas adictivas**, las **tasas de recaídas a largo plazo siguen siendo altas**. Por tanto, **las futuras líneas de investigación** han de ir dirigidas a resolver algunas deficiencias que mejoren los resultados a largo plazo.

Entre estas cuestiones destacamos las siguientes:

1. Dado el gran nº de individuos con comorbilidad de trastornos psiquiátricos y uso de drogas, **se requieren mejores métodos para su diagnóstico.**
2. La investigación del efecto diferencial de las técnicas y, sobre todo, de las diferentes combinaciones de los componentes, que optimicen los resultados con pacientes específicos. **Identificar los procesos de tratamiento que están fiablemente asociados con los resultados permitiría refinar e incrementar los ingredientes activos del cambio.**

3. **Desarrollar protocolos de intervención que asegurasen la máxima eficacia y eficiencia de las intervenciones.** Una línea de investigación novedosa es el uso de nuevas tecnologías que faciliten la aplicación y generalización de los programas de MC.
4. Se apunta la **necesidad de comprobar empíricamente la validez de determinadas terapias** en el tratamiento de la adicción a algunas drogas.
5. **Mientras que algunas técnicas cuentan con abundante soporte empírico con respecto a su eficacia o efectividad, otras aún no han alcanzado este estatus y se encuentran en una fase previa de experimentación,** como es el caso de las técnicas de exposición a estímulos. Estas técnicas tienen una sólida fundamentación teórica que parte de la investigación básica y que explica los mecanismos responsables del cambio conductual que producirían. Una de las críticas es que en la mayoría de los estudios la extinción se lleva a cabo en un solo contexto. Esto hace que la generalización de la extinción sea muy difícil. El uso de nuevas tecnologías, como la RV, puede suplir en cierta medida esta carencia.
6. Una línea de trabajo importante es **identificar las combinaciones entre las características de los pacientes y los factores del tratamiento** que incrementen la eficacia de los programas.
7. **Utilidad de la evaluación neuropsicológica en la evaluación clínica de los pacientes, en la elección y adaptación del tratamiento e, incluso, en la mejor comprensión de características clínicas centrales en los trastornos adictivos.** El deterioro de las funciones cognitivas se ha asociado a un menor porcentaje de finalización del tratamiento y a un mayor índice de recaídas. La inclusión de la evaluación neuropsicológica como una herramienta adicional en la evaluación pretratamiento podría ayudar a detectar a aquellos pacientes con mayor riesgo de abandono o recaída.
8. **El desarrollo de intervenciones psicológicas eficaces para el tratamiento del abuso y/o dependencia al cannabis es especialmente importante,** teniendo en cuenta su alta prevalencia y las limitadas opciones para abordarlo en la actualidad. Estudios recientes demuestran que el uso de incentivos junto con la terapia cognitivo-conductual puede ser una opción efectiva.
9. En las últimas décadas se ha avanzado mucho en la investigación en torno al consumo de drogas en adolescentes, los métodos e instrumentos de evaluación y las intervenciones específicas. Pero a pesar de estos progresos, **se requiere investigación para el desarrollo y la implantación de intervenciones conductuales eficaces.**
10. Una barrera para la aplicabilidad y diseminación de algunas intervenciones psicológicas es su **relativo alto coste y la dificultad de aplicarlas en contextos comunitarios.** A pesar de esto, muy pocos estudios han analizado esta variable de forma sistemática.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Definición de dolor crónico

El dolor cumple una **función biológica adaptativa**, ya que nos enseña a identificar aquellos objetos o situaciones que pueden resultar peligrosos para nuestra salud e integridad.

El dolor sólo cumple esta misión beneficiosa cuando su percepción se produce de forma temporal, en función del daño o la enfermedad, y su remisión depende de la propia curación de éstos. Dolor que conocemos como **agudo**.

Pero a veces el problema de dolor se prolonga mucho más allá de la curación, o bien aparece y desaparece de forma recurrente, o por el contrario se produce a causa de una patología conocida pero difícil de tratar. Suele coincidir con una disminución en la efectividad de las soluciones médicas o farmacológicas para mitigar el dolor, junto a la aparición e incremento de otros problemas psicológicos. En estos casos el dolor deja de ser la señal o síntoma de un problema para convertirse en el problema en sí mismo y generar nuevos problemas.

Concretamente, hablamos de **dolor crónico** cuando éste permanece durante un periodo superior a 6 meses y es resistente a la terapéutica convencional.

1.2 Prevalencia de los problemas de dolor crónico

Un reciente estudio realizado a través de Internet en Francia, Alemania, Italia, Reino Unido y España, arroja una **prevalencia del dolor del 8,85%**. Un estudio más detallado realizado mediante entrevistas telefónicas en 15 países europeos e Israel ofrece una prevalencia del dolor de un 19%, con una notable implicación laboral y una escasa atención médica especializada.

En España, no se dispone de estudios epidemiológicos a escala nacional que determinen la prevalencia de los diferentes síndromes de dolor. Una encuesta telefónica en 5000 hogares ofreció una prevalencia de hasta el 43,2%, localizándose el dolor preferentemente en miembros inferiores (22,7%), dolor de espalda y cervical (21,5%) y cabeza (20,5%). **Prevalencia mayor en Cataluña (73,5%)**.

A pesar de las diferencias encontradas en los estudios realizados de destacar la gran magnitud que el problema del dolor crónico tiene en las diferentes muestras estudiadas. Otros datos que aparecen de forma consistente en todos los trabajos, aunque con pequeños matices según los estudios y el tipo de dolor, es la **mayor ocurrencia de problemas de dolor en las mujeres que en los hombres y su mayor frecuencia entre la población trabajadora**.

La magnitud del problema del dolor crónico también puede inferirse de las **consecuencias económicas y sociales** que su padecimiento genera. Los gastos directos son poco menos que imposible de cuantificar. Hay que añadir los gastos indirectos que representan las pensiones de invalidez o los días de trabajo perdidos.

Junto a estos problemas debe considerarse el impacto que el padecer dolor de forma crónica, tiene sobre el **entorno social** del sujeto. El sufrir de forma continua o repetitiva una experiencia tan aversiva como es el dolor, condiciona muchas de las actividades de la vida del paciente: relaciones familiares, laborales, sociales, el tiempo de ocio, etc. No es extraño que manifiesten: ansiedad, depresión, abuso de bebidas alcohólicas y tranquilizantes.

2. MODELOS EXPLICATIVOS

Bonica, uno de los investigadores más relevantes en el campo del dolor, nos señala cómo el **hombre prehistórico** no tenía dificultad en entender el dolor producido por daño físico, pero, sin embargo, no entendía el producido por enfermedad, por lo que, de forma consistente a lo largo de las culturas, atribuía su origen a dioses o espíritus.

Durante siglos los grandes **pensadores griegos** se debatieron entre considerar el dolor bien como una sensación, bien como una emoción, y consecuentemente, atribuir al cerebro o al corazón la responsabilidad de su percepción.

Esta polémica subsistió hasta que **Descartes**, con su **concepción mecanicista** del cuerpo humano, consiguió aunar la opinión científica durante varios siglos. Esta concepción, en la que **sólo se tiene en cuenta el sustrato físico**, quedando olvidados los aspectos psicosociales, prevaleció durante siglos, y en justa medida puede ser considerada precursora de la 1ª teoría científica del dolor, la **Teoría de la Especificidad o Teoría Sensorial**. Esta teoría postula que el dolor es el producto final de la transmisión lineal del estímulo nociceptivo.

Los postulados básicos de la teoría de la especificidad se han mantenido, siendo la teoría que más influencia ha tenido en la evaluación y tratamiento del dolor.

De hecho, **el modelo biomédico tradicional**, bajo el que se han estado realizando y aún se realizan la mayoría de las intervenciones en dolor, está basado en una **relación lineal simple entre el síntoma y la causa subyacente**.

Aunque este modelo lineal resulta globalmente adecuado para explicar los aspectos básicos del dolor agudo, existen multitud de paradojas en los problemas de **dolor persistente que no pueden ser explicadas por un modelo tan simple**. Como consecuencia de estas paradojas **han surgido una serie de modelos integradores** de los que el pionero fue el formulado por Melzack y Wall.

Melzack y Wall desarrollaron una nueva teoría del dolor, la llamada **Teoría de la Puerta**, que recibe este nombre por utilizar la analogía de una puerta. **Al abrirse esta puerta dejaría pasar la aferencia nociceptiva hacia los centros superiores, mientras que al cerrarse impediría su paso, modulando de este modo la percepción del dolor**. Este modelo contempla una vía inhibitoria descendente desde los centros superiores, se integraría a nivel medular completando el flujo de información nociceptiva y sus vías de modulación.

Una de las consecuencias más relevantes que conllevó la aceptación de la Teoría de la Puerta en todos los ámbitos científicos, fue la definitiva **integración de los aspectos psicológicos dentro de la experiencia de dolor**. El dolor deja de ser considerado como una simple sensación para ser considerado como una experiencia perceptiva compleja y multidimensional, en la que se integran los aspectos periféricos (sensoriales) con los centrales (cognitivos y afectivos).

Esta integración quedó plasmada por Melzack y Casey, quienes, basándose en los **datos fisiológicos y conductuales**, propusieron la **existencia de las 3 dimensiones del dolor siguientes**:

1. **La dimensión sensorial-discriminativa**, se refiere a los aspectos sensoriales de la percepción de dolor, es decir, su **magnitud y características espacio-temporales**. Es la **parte más periférica** de la percepción.
2. **La dimensión motivacional-afectiva**, recoge los aspectos emocionales del dolor, es decir la caracterización de éste como **agradable o desagradable** y las **conductas consecuentes de acercamiento o alejamiento**. Esta dimensión se supone que **está mediada por estructuras situadas a nivel intermedio**, como la formación reticular, el sistema límbico y el tálamo.
3. **La dimensión cognitivo-evaluativa**, que integra toda la información de los restantes niveles en uno superior, en el que **variables cognitivas como la experiencia pasada, los pensamientos, la atención, etc., junto con la información proporcionada por los niveles inferiores, van a conformar la percepción final de dolor**. Esta dimensión se supone **mediada al más alto nivel dentro del SNC**, es decir, **a nivel cortical**.

Según este modelo, el dolor percibido es el resultado de las interacciones de estas 3 dimensiones:

- Comenzando por la estimulación sensorial.
- Posterior modulación a cargo de los factores emocionales.
- Finalmente, su integración a nivel cognitivo.

El peso específico de cada dimensión en la magnitud total del dolor percibido variará de un paciente a otro e incluso de un momento a otro en el mismo paciente.

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor define el **dolor** como una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular presente o potencial, o que se describe en términos de dicha lesión.

De este modo el dolor crónico tiene un carácter biopsicosocial y, en consecuencia, requiere un abordaje integral, multimodal e interdisciplinario.

DIFERENCIAS ENTRE EL DOLOR AGUDO Y EL DOLOR CRÓNICO:

DOLOR AGUDO	DOLOR CRÓNICO
Dura menos de 3 meses	Dura más de 3 meses
Usualmente asociado una lesión o daño físico.	Persiste más allá de la curación del daño físico.
Desaparece con la cura de la lesión	No parece tener una función adaptativa.
Sirve como señal para protegerse de daños que pudieran ocasionarse Ejemplos: quemaduras, fracturas, cortes, infecciones, esguinces, dolor dental.	Tiene poco valor protector, puede indicar el progreso de una disfunción fisiológica. Ejemplos: migrañas, dolor de espalda, fibromialgia.

Debe entenderse que en los casos de dolor crónico existe algún tipo de dolor real que no ha desaparecido porque los mecanismos de regulación fisiológica no han funcionado correctamente. Sin embargo, no se ha considerado la existencia o mejor la inexistencia de un dolor, digamos físico, y la ocurrencia de un dolor psicológico, emocional, moral e incluso social.

McDonald y Leary definieron el **dolor social** como la reacción emocional seguida de la percepción de que uno es excluido de relaciones sociales deseadas, o es rechazado por personas o grupos deseados. La pérdida de un ser querido, la separación forzada, el rechazo son, entre otras, las situaciones que darían lugar a ese dolor.

Las implicaciones del mayor contenido psicológico del dolor, es que los sentimientos de exclusión o de incapacidad relacional pueden contribuir al desencadenamiento y/o mantenimiento de problemas de dolor crónico. Los factores sociales de los pacientes de dolor crónico siempre se han considerado como elementos esenciales. Promover la aceptación social, así como el reconocimiento y la exposición a las emociones y sensaciones del paciente, contribuirá a reducir la percepción de amenaza y del mantenimiento del dolor.

El dolor es modulado de forma natural por el organismo a través de las distintas estructuras del SNC implicadas en su neurotransmisión e integración. Desde un punto de vista neuroquímico algunas sustancias como los opiáceos endógenos y distintas monoaminas como la serotonina son responsables de dicha modulación.

La percepción de la estimulación dolorosa puede, en ciertas circunstancias, contribuir al agravamiento del problema. La permanencia del dolor hace que la persona sea más sensible a él. Este es un fenómeno bien conocido y denominado "**sensibilización central**".

Se dan así dos elementos de sensibilización que favorecen el mantenimiento del problema.

1. **Sensibilización periférica** que favorece la transmisión del dolor a nivel medular.
2. **Sensibilización central** en la que se añade una potenciación de este más generalizada -> es un efecto de la plasticidad del SN.

Ambas llevan asociadas una menor eficiencia en la modulación del dolor tanto a nivel medular, como en las vías descendentes que reducen este.

3. EVALUACIÓN DEL DOLOR CRÓNICO

En la práctica clínica, la mayoría de los pacientes de dolor crónico, proceden del ámbito médico o bien están siendo tratados por un equipo multidisciplinar. En todo caso la **primera precaución** para comenzar la intervención psicológica es haber **descartado la existencia de alguna causa orgánica**.

Al abordar el proceso de evaluación psicológica del dolor crónico, nos encontramos con **dos grandes bloques de información**:

- **La caracterización y medida del dolor en sí mismo.**
- **El conocimiento y evaluación de todo el conjunto de factores** (conductuales, psicofisiológicos, cognitivos y emocionales) **que pueden afectar directa o indirectamente al dolor.**

3.1 Caracterización y medida del dolor

Al ser el **dolor una experiencia perceptiva privada**, nuestro conocimiento de las **características cuantitativas y cualitativas** del dolor **quedará limitado al informe que nos aporte el paciente.**

La medida de los **parámetros cuantitativos del dolor** (**frecuencia, intensidad y duración**) se realiza mediante el **auto-informe del sujeto**.

Mientras que el informe de los **parámetros temporales** (**frecuencia y duración**) no suele ofrecer problemas, la medida de la intensidad puede ser complejo debido a su **carácter subjetivo**.

Existen **diversos instrumentos para medir la intensidad**.

- **Escala Analógica Visual** (uno de los más empleados). Este método parte del supuesto de que el dolor puede distribuirse a lo largo de un continuo, y puede ser valorado comparando su magnitud con la longitud de una línea de 10 cm. Para facilitar esta analogía entre **dolor y longitud**, se suelen colocar etiquetas verbales en los extremos. Es un **instrumento fácil de administrar, válido y sensible al cambio**. Tiene el problema de que **algunos pacientes, con bajo nivel cultural, no entienden qué se les pide**.
- **Escalas Verbales y Numéricas**. En el primer caso se utiliza un nº determinado de **adjetivos cuantitativos** (entre 4 y 15) que describen los diferentes niveles posibles de dolor, consistiendo la tarea del **sujeto en elegir** aquel que **mejor refleje su dolor**. En el caso de las **numéricas** se pide al sujeto que **cuantifique la intensidad** del dolor según los números de la escala, utilizando como guía las etiquetas verbales que definen los extremos de dicha escala.
- **Utilización de imágenes o viñetas**. Muy apropiado en **dolor pediátrico**. Este tipo de escalas tienen la ventaja de **asegurar la comprensión más allá de factores culturales**.

En la **práctica clínica**, los **autoinformes** más utilizados para conocer simultáneamente los diferentes parámetros cuantitativos del dolor son **los auto-registros llamados diarios del dolor**. Se suele hacer que el paciente valore la intensidad del dolor utilizando una **escala numérica o numérico-verbal**. Los momentos temporales en los que se debe registrar se regulan en función del **carácter continuo o episódico del dolor**. En los auto-registros puede resultar de utilidad destinar algún espacio para registrar, algunos aspectos de interés relacionados con la ocurrencia del dolor como fármacos o situaciones.

La medida de los aspectos cualitativos del dolor resulta de gran utilidad para el **diagnóstico y tratamiento médico**.

Cuestionario de evaluación por antonomasia es el McGill, desarrollado con el objetivo de facilitar un índice de dolor para cada una de las dimensiones de éste. Para ello cuenta con una lista de **78 adjetivos** agrupados en **20 categorías**, que **describen el dolor del paciente**.

La **intensidad del dolor**, así como su **interferencia** en las actividades de la persona **son evaluadas a través del Brief Pain Questionnaire**. Validado en España para dolor no oncológico y oncológico.

3.2 Aspectos psicológicos relacionados con el dolor

Existe un amplio conjunto de variables (psicofisiológicas, conductuales, emocionales y cognitivas) cuya valoración resulta imprescindible. La evaluación de cada una de estas variables debe integrarse en el proceso de análisis conductual del caso. Debe comenzarse con la evaluación pretratamiento para averiguar la particular influencia de cada una de estas variables y, en función de los resultados de este análisis, elaborar el programa de tratamiento más apropiado para cada caso. A su vez, resulta conveniente seguir valorando muchas de estas variables a lo largo del tratamiento.

VARIABLES
○ Psicofisiológicas
○ Conductuales
○ Emocionales
○ Cognitivas

3.2.1 Variables psicofisiológicas

Su interés como objeto de estudio se basa en el conocimiento de que algunos de los cambios característicos de los estados de activación fisiológico-emocional, pueden actuar como desencadenantes del dolor o bien como respuesta producida por el propio dolor.

Las respuestas más usuales son:

- La tensión electromiografía.
- La temperatura periférica.
- La frecuencia cardíaca.
- La conductancia de la piel.

La evaluación debe centrarse, concretamente, en el estudio de los cambios producidos en la respuesta o respuestas relevantes al trastorno, ante diferentes situaciones potencialmente estresantes para el sujeto.

3.2.2 Variables conductuales

La persona que padece dolor de forma crónica suele desarrollar ciertas conductas encaminadas a comunicar, directa o indirectamente, su padecimiento a las personas que le rodean. Todo este conjunto de comportamientos son uno de los objetivos prioritarios de valoración. Estas conductas, susceptibles de ser reforzadas en el medio ambiente del sujeto, reciben el nombre de **conductas del dolor**.

De forma significativa, la **disminución de la actividad física, social y laboral** constituye uno de los **principales factores en la cronificación** de los problemas de dolor. La importancia de estos comportamientos como objeto de evaluación y tratamiento radica en su posible protagonismo en el mantenimiento del problema global del paciente.

El **nivel global de actividad** puede ser valorado fácilmente, mediante **registros diarios del tiempo** empleado en cada una de las actividades: sentado, tumbado, de pie, caminando, etc. Pero su **utilización no resulta adecuada** para la **evaluación de algunas conductas de dolor** por lo que se debe recurrir a métodos de observación directa.

3.2.3 Variables emocionales

Generalmente se asume una **relación bidireccional entre dolor y emoción**. Emociones como **ansiedad, depresión o ira** pueden ser desencadenadas por culpa del dolor y, a su vez, el dolor puede surgir o exacerbarse en estos estados emocionales. En los **momentos iniciales** del dolor las reacciones de **ansiedad e ira** suelen ser frecuentes, sin embargo, cuando el **problema está muy cronificado**, la alteración emocional más frecuente es la **depresión**.

La **valoración de las variables emocionales** suele efectuarse mediante **cuestionarios**:

- Para la **ansiedad y la depresión** es el **Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)**, especialmente diseñado para personas con problemas somáticos.
- Para valorar la **depresión** suele utilizarse el **BDI, o inventario de depresión de Beck**.
- En la evaluación de la **ira**, puede ser útil el **inventario de expresión de la ira de Spielberger**.

INSTRUMENTOS PARA EVALUAR CREENCIAS SOBRE EL DOLOR:

INSTRUMENTO	ÍTEMS	SUB-ESCALASA/DIMENSIONES
Cognitive Error Questionnaire (CEQ)	24	Catastrofismo, Generalización, Personalización, Abstr. Selectiva
Pain Beliefs Questionnaire (PBQ)	43	Expect. Incapacidad, Auto-eficacia, Depresión, Dolor
Pain Inf. And Beliefs Quest. (PIBQ)	32	Conocimiento Dolor Crónico, Acuerdo con los tratamientos conservadores
Survey of Pain Attitudes (SOPA)	35	Control Dolor, Diligencia, Cuidado médico, Incapacidad, Medicación, Emoción
Pain and Impairment Relat. Scales (PAIRS)	15	Habilidad para manejarse a pesar del dolor
Pain Beliefs and Perception Invent. (PBAPI)	16	Juicio estabilidad del dolor, Culparse a sí mismo, Percepción dolor
Pain Cognitions Questionnaire (PCQ)	30	Estrategias Activas, Desesperanza, Indefensión, Optimismo Pasivo

3.2.4 Variables cognitivas

La cantidad y cualidad de dolor que se percibe están influidas también por las variables cognitivas como las **creencias** sobre el **origen y significado del dolor o las estrategias para manejarlo**.

Las creencias pueden influir en la implicación y adherencia al tratamiento, por lo que deben ser inicialmente **valoradas**. La **evaluación de las estrategias de afrontamiento** debe realizarse tanto en los momentos iniciales, para planificar la intervención, como a lo largo del tratamiento para valorar su eficacia.

En los **últimos años** se ha prestado especial importancia al **pensamiento catastrofista**, constructo, por otro lado, considerado desde hace años como forma de afrontamiento. Se trata de una **forma cognitiva de reaccionar ante el dolor de modo negativo y desproporcionado**. **Consta de 3 componentes**:

1. **Magnificación.**
2. **Rumiación.**
3. **Indefensión.**

INSTRUMENTOS PARA EVALUAR ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DEL DOLOR:

INSTRUMENTO	ÍTEMS	SUB-ESCALAS/DIMENSIONES
Ways of Coping Questionnaire (WOC)	55	Reestruc. Cognitiva, Búsqueda Infor., Culparse, Expresión Emocional, Minimizar la amenaza...
Coping Strategies Questionnaire (CSQ)	50	Desviar la Atención, Reinterpretar el Dolor, Ignorarlo, Rezar, Catastrofismo, Aumentar la actividad...
Vanderbit Pain Managment Inventory (VPMI)	19	Afrontamiento activo / pasivo
Chronic Pain Coping Inventory (CPCI)	65	Protegerse, Descansar, Buscar Ayuda, Relajarse, Continuar la tarea, Ejercicio físico, Búsqueda de apoyo social, Auto-instrucciones de afrontamiento.
Versión para los familiares	52	igual que el anterior sin auto-instrucciones de afrontamiento
Chronic Pain Acceptance Questionnaire	20	Puntuación total, Implicación actividades, Apertura al Dolor

4. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DEL DOLOR CRÓNICO

El dolor crónico es quizá el trastorno psicofisiológico en el que la **aproximación cognitivo-conductual** ha demostrado más su utilidad clínica. Aceptación en el ámbito médico del acercamiento multidisciplinar a este problema.

Es importante destacar que el **objetivo de la mayoría de las técnicas psicológicas no es el abordar y eliminar directamente el dolor**. Muy por el contrario, en algunos casos la **intervención psicológica deberá centrarse en conseguir que el sujeto acepte el trastorno crónico y aprenda estrategias para reintegrarse a su vida normal**.

El acercamiento psicológico a los problemas de dolor crónico es un acercamiento amplio que recoge e integra todo el conjunto de variables implicadas en la percepción del dolor. La intervención psicológica, suele comenzar por la identificación de los diferentes aspectos implicados en cada caso concreto y el análisis de las relaciones funcionales existentes entre ellos.

Técnicas más utilizadas para acometer cada uno de los cuatro aspectos citados:

- Técnicas de regulación fisiológica.
- Técnicas conductuales.
- Técnicas emocionales.
- Técnicas cognitivas.

4.1 Técnicas de regulación fisiológica

Los dos procedimientos de regulación fisiológica más utilizados en el tratamiento del dolor crónico son el **biofeedback y la relajación**. Estas técnicas **se emplean frecuentemente de forma combinada para potenciar los beneficios terapéuticos que cada una de ellas aporta por separado**.

4.1.1 La relajación en el tratamiento del dolor crónico

El uso de la relajación no tiene un efecto directo sobre el control del dolor, su acción produciría, en principio, una **reducción de un determinado tipo de actividad fisiológica: la musculoesquelética, así como una disminución de la actividad adrenérgica y un aumento de la actividad parasimpática**. Estos efectos podrían, de forma genérica, producir una **disminución de la ansiedad** y, también, la **reducción de algunas actividades fisiológicas** que pudieran perpetuar o incrementar el dolor.

Toda intervención psicológica para el tratamiento del dolor ha de llevar dicho **componente psicoeducativo**.

Sólo tiene sentido utilizar la relajación como un componente de la terapia cognitivo conductual. **Cada sesión debe tener lo siguientes cuatro elementos:**

1. **Psicoeducación sobre cómo se percibe y modula el dolor, así como los modelos que explican dicho funcionamiento.**
2. **Presentación de una técnica específica de relajación y la práctica con ella, de forma individual o en grupo.**
3. **Comentar el uso y los posibles problemas de la práctica realizada.**
4. **Instrucciones para la práctica de la relajación en casa.**

En este contexto la **relajación se mostrado eficaz** en diversos problemas de dolor crónico.

Hay que señalar que **se ha mostrado eficaz cuando ha sido comparada con la ausencia de tratamiento; sin embargo, cuando es comparada con un grupo placebo no suele haber diferencias significativas**. Es importante las **expectativas** sobre el tratamiento, son un elemento esencial en el tratamiento del dolor.

4.1.2 El entrenamiento en biofeedback en el tratamiento del dolor crónico

Si el dolor es originado por una disfunción de los sistemas naturales de regulación fisiológica, una ayuda externa que permita restablecer la auto-regulación es la opción más adecuada.

Las técnicas de biofeedback se han mostrado útiles y superiores, en general, al uso de la relajación en el tratamiento de las cefaleas. Ha llamado la atención sobre el papel que en las cefaleas tensionales pueden tener otros músculos de la cara, el cuello o los hombros. Esto ha llevado a postular la existencia de una sensibilización de ciertas áreas sensoriales de tal modo que ligeras, e incluso inexistentes, estimulaciones podrían provocar dolor.

Con independencia del resultado que otras modalidades de biofeedback puedan obtener en las cefaleas, el biofeedback EMG es el procedimiento más adecuado de intervención para las cefaleas tensionales y las migrañas.

El entrenamiento en biofeedback, por sí solo o combinado con la relajación, es eficaz en otros síndromes de dolor crónico. Podría señalarse que, en general, es efectivo en los síndromes de dolor musculoesquelético, caso de la lumbalgia, y en otros síndromes se han obtenido resultados positivos.

4.2 Tratamiento de los aspectos conductuales

El tratamiento de los aspectos comportamentales fue inicialmente desarrollado por Fordyce, el cual elaboró un programa de tratamiento basándose en los principios del condicionamiento operante.

Los objetivos prioritarios del programa de tratamiento son:

- La extinción de las conductas de queja y evitación.
- El incremento gradual de actividades adecuadas.
- La progresiva reducción del uso de analgésicos.

Se aplica sólo a pacientes que cumplan estos criterios:

- Cronicidad mínima de 4 meses.
- Existencia de reforzamiento de las conductas de dolor.
- Que se puedan instaurar comportamientos adaptativos alternativos a las conductas de dolor.
- Que no exista causa orgánica conocida responsable del dolor, o que ésta sea mínima o cuestionable.
- Que se puedan modificar las contingencias de reforzamiento, para lo cual es necesario poder controlar los reforzadores actuales y potenciales, así como la colaboración de las personas allegadas al paciente.

El conjunto de técnicas conductuales que en la actualidad se aplican en los programas de tratamiento del dolor crónico, pueden englobarse en los 4 procedimientos siguientes:

1. **Programación gradual de actividades y ejercicio.** Busca revertir la inactividad característica de la mayoría de los pacientes de dolor crónico. Se pretende eliminar las consecuencias que dicho estilo de vida origina: disminución de las actividades gratificantes y distractoras, incremento de la dependencia de los demás, disminución de la tolerancia al ejercicio, miedo a realizar cualquier actividad, etc. En primer lugar, se establece el nivel basal de actividad y tolerancia al ejercicio. A continuación, se contrasta con el paciente la información aportada por los autoinformes y se integra con una explicación detallada acerca de los perjuicios de seguir manteniendo la inactividad y los beneficios de someterse al programa de incremento gradual. Finalmente se comienza el programa planteando siempre las metas por debajo del nivel de tolerancia del paciente, para ir luego incrementando gradualmente los ejercicios y demás actividades.
2. **Reforzamiento social.** El objetivo es la reorganización de las contingencias de reforzamiento que suelen contribuir al mantenimiento del comportamiento desadaptado. Este objetivo es difícil de conseguir cuando el paciente permanece en su ambiente habitual. Por este motivo, muchos de los programas tienen previsto el ingreso de los pacientes durante el tiempo que dura la intervención. Durante ésta, el personal sanitario refuerza adecuadamente comportamientos adaptativos, mientras deja de prestar atención a los desadaptativos.

3. **Reorganización de las contingencias de medicación.** Su objetivo es la **disminución gradual de los analgésicos**. La intervención debe comenzar por **establecer la línea base** de medicamentos y, respetando en principio la dosis diaria total, sustituir la pauta de medicación contingente con el dolor por otra basada en la división de la dosis total en intervalos temporales fijos (no a demanda, en unas horas concretas). Posteriormente, y de **forma gradual, se reduce la cantidad de medicación de cada toma hasta llegar a eliminarla**.
4. **Entrenamiento en técnicas de auto-control.** Resulta imprescindible para que los pacientes puedan generalizar lo aprendido durante la intervención a su vida ordinaria. Un componente imprescindible es la **auto-observación**. Mediante **los auto-registros** diarios el paciente toma inicialmente conciencia de los comportamientos a modificar. Posteriormente se le ayuda a reconocer las señales de peligro para poner en marcha alguna de las estrategias aprendidas e ir identificando los progresos. Esta observación resulta imprescindible para otro de los elementos del entrenamiento en autocontrol, el auto-refuerzo. Se pretende que el paciente aprenda a auto-reforzarse cada vez que emita una conducta adecuada, y del mismo modo, evite este reforzamiento cuando se produzca alguna conducta inadecuada

La **eficacia** de estos programas conductuales ha sido documentada en múltiples ocasiones, aunque la contribución de cada una de estas técnicas conductuales a la mejoría global observada es difícil de valorar.

Aunque la disminución del dolor no es uno de los objetivos prioritarios de las intervenciones conductuales, lo **habitual es observar reducciones iniciales de dolor que a largo plazo se mantienen entre el 20 y el 30%**.

La aplicación de los principios conductuales se aviene a ser realizada mediante procedimientos tecnológicos a través de internet. Se ha demostrado su eficacia en dicha modalidad, aunque no está claro que sea equivalente a la aplicación tradicional cara a cara.

4.3 Tratamiento de los aspectos emocionales

Las relaciones entre estados emocionales (ansiedad o depresión) y el dolor suelen ser complejas, asumiéndose generalmente una doble implicación, como causa y como efecto del propio dolor. **Cuando con el tratamiento se consigue la disminución del dolor es frecuente observar también una mejoría en el estado emocional y, de forma paralela, el tratamiento de la alteración emocional suele tener efectos positivos sobre el dolor percibido.**

No siempre la concurrencia de alteraciones emocionales y dolor implica una relación entre ambos fenómenos. **A veces se observa una clara independencia entre ellos, de modo que, aunque con el tratamiento se consiga mejorar el estado de ansiedad o la depresión puede no producirse una disminución paralela del dolor.** Esta independencia se manifiesta también en aquellos casos en los que el dolor se ve reducido y no sucede lo mismo con la alteración emocional. Este supuesto es menos frecuente.

El miedo y la ansiedad pueden reducir el dolor. Este fenómeno sólo se presenta cuando están producidos por una situación que no tiene que ver con el dolor. **Por el contrario, cuando la ansiedad se deriva del padecimiento del dolor, frecuente en los problemas de dolor crónico, lo que se produce es un aumento en la percepción del propio dolor, con lo que el bucle dolor-ansiedad-dolor se retroalimenta a sí mismo.**

La depresión suele ser una consecuencia lógica del dolor crónico: evitación de las actividades que podrían incrementar el dolor, y pérdida de los reforzadores que con ellas obtendría. A su vez, suele producir un **agravamiento en el propio problema de dolor al incrementarse las limitaciones conductuales, así como las cogniciones negativas auto-referidas.** El círculo vicioso dolor-depresión-dolor se perpetuaría también para este trastorno emocional.

4.4 Técnicas cognitivas

Una de las aportaciones más fructíferas en este ámbito es la adaptación de la **Técnica de Inoculación de Estrés** al ámbito del dolor.

La adaptación de la técnica se realiza siguiendo las mismas **3 fases** que el programa original:

1. **Educacional.**
2. **De adquisición de habilidades específicas.**
3. **De aplicación práctica.**

Los objetivos de la intervención:

- **Facilitar información sobre las características del dolor para eliminar ideas irracionales y reducir el miedo.**
- **Señalar cómo la valoración cognitiva, las expectativas, etc., tienen una influencia emocional inmediata, posibilitando la aparición de cambios emocionales negativos.**
- **Dotar al paciente de estrategias para afrontar estos cambios, tanto desde un punto de vista cognitivo evaluativo, como atencional, fisiológico y comportamental.**

Los programas cognitivo-conductuales que actualmente se utilizan para el tratamiento del dolor crónico, siguen derivándose de las formulaciones originales citadas. Suelen aplicarse generalmente **en grupo** e integrados en **programas multidisciplinarios** más amplios.

Los objetivos pueden resumirse en los puntos siguientes:

1. **Combatir la desmoralización ayudando a los pacientes a cambiar su actitud hacia el dolor y sufrimiento de insoportable a manejable.**
2. **Enseñarles que existen técnicas de afrontamiento y habilidades que pueden ayudarles a adaptarse y responder al dolor y los problemas consiguientes.**
3. **Ayudar a los pacientes a reconceptualizar la perspectiva de ellos mismos como pasivos, reactivos e indefensos pasando a ser activos, competentes y con iniciativas.**
4. **Ayudar a que los pacientes aprendan las asociaciones entre pensamientos, sentimientos y su conducta, y subsecuentemente a identificar y alterar los patrones automáticos desadaptativos.**
5. **Enseñarles habilidades específicas de afrontamiento y, cuándo y cómo utilizar respuestas más adaptativas.**
6. **Alentar la autoconfianza de los pacientes y animarlos para que atribuyan los resultados exitosos a su esfuerzo.**
7. **Ayudar a los pacientes a anticipar sus problemas y generar soluciones, de modo que se facilite el mantenimiento y la generalización.**

Para conseguir estos objetivos se recurre en la práctica a una serie de **estrategias** que, aunque a veces se solapan en el tiempo, se encuadran en **las 6 fases siguientes:**

1. **Evaluación inicial.**
2. **Reconceptualización.**
3. **Adquisición y consolidación de habilidades.**
4. **Entrenamiento en ensayo y aplicación.**
5. **Generalización y prevención de recaídas.**
6. **Seguimiento.**

Las intervenciones cognitivas en el tratamiento del dolor **tienen su origen** en la aplicación de la **técnica de inoculación de estrés** al tratamiento del dolor crónico. Se trata, por tanto, de una **intervención multicomponente.**

Cuando es comparada con tratamientos con los que comparte algunos componentes, caso de la relajación, el entrenamiento autógeno, u otros procedimientos que hacen uso de sugerencias, la hipnosis frecuentemente no obtiene mejores resultados que ello.

4.5 Consideraciones generales en el tratamiento del dolor crónico.

El tratamiento psicológico del dolor crónico, hoy día, es un elemento y complemento esencial en el acercamiento clínico a estos síndromes. Es en este sentido en el que se van a recoger algunas consideraciones sobre aspectos que pueden contribuir a mejorar dichos tratamientos.

Ansiedad, miedo y nivel de activación	La forma de abordar la reducción de la actividad y las respuestas de evitación generadas por el dolor es, mediante la exposición a las situaciones, actividades o estímulos que generan la ansiedad, el miedo o el malestar. Esto es muy utilizado en los trastornos de ansiedad y también para el dolor. En lugar de evitar que el paciente realice actividades que puedan aumentar el dolor se le debe programar un acercamiento a dichas actividades. Esta forma de proceder supone que el paciente recupera el máximo posible de actividad, con relativa independencia del dolor. En este marco se incluyen tratamientos desde la perspectiva de la Terapia de Aceptación y Compromiso aplicados al dolor: la implicación en actividades relevantes y valiosas para el paciente, con independencia del dolor, dirigiendo sus energías no a combatir el malestar asociado sino a objetivos de interés para la persona.
Definición más adecuada de las características de los pacientes	El buscar el tratamiento más adecuado para el paciente es objetivo elemental de la intervención. Es especialmente relevante en el dolor crónico. De este modo deberían delinearse diversas intervenciones, en función de las características y problemas del paciente. Los pacientes disfuncionales respondían mejor a tratamientos como el biofeedback, uso de estrategias de afrontamiento, etc., que los grupos denominados como de estrés interpersonal o de afrontamiento activo. Es posible, por tanto, que haya 2 grupos básicos de caracterización de los pacientes: ➤ Grupo 1: Aquellos que se ven severamente afectados por el dolor y que precisan actuar sobre los aspectos emocionales que pueden incrementar el dolor y reducir, además, el impacto en su vida. ➤ Grupo 2: Estaría compuesto por personas que además presentan problemas interpersonales, sociales o estrategias o estilos de afrontamiento inadecuados con el problema. El ajuste de los programas multicomponente a las características del paciente mejora la eficiencia de dichos programas y previene el abandono. Algunas experiencias han llevado incluso a que sea el propio paciente quien seleccione, en alguna medida, los componentes del tratamiento a aplicar, con resultados prometedores.
La prevención secundaria	Un momento, por tanto, crítico es el paso de la condición normal de dolor a su cronificación. La intervención preventiva en ese punto, siempre que sea sencilla y de fácil aplicación, es la opción más adecuada. Conveniencia de que las intervenciones psicológicas sobre el dolor crónico no se realicen una vez que el síndrome se ha agravado y no han funcionado otras alternativas terapéuticas. Programas relativamente sencillos, basados en información y pautas concretas, pueden ser de gran utilidad cuando se aplican de forma temprana.

Diversificación de los recursos terapéuticos	El tratamiento psicológico del dolor crónico tiene vías alternativas de intervención que pueden ser de utilidad en determinadas ocasiones y síndromes, de ellas destacaremos 2: 1. El entrenamiento de los cuidadores informales del paciente 2. El uso de las tecnologías de la comunicación (teléfono e Internet) como recurso terapéutico. En el abordaje de problemas crónicos la implicación de los familiares, generalmente cónyuges, es esencial para que el tratamiento psicológico funcione correctamente. El desarrollo de programas específicos de intervención para los familiares se ha mostrado útil, frente a programas centrados en el paciente aislado. Beneficio tanto para los cuidadores como para los pacientes. En otro extremo, se encuentra el uso del teléfono o de Internet para llegar y llevar a los pacientes de dolor algunos elementos de apoyo terapéutico. Un problema crónico debe mantener durante un tiempo relativamente amplio un control del paciente y favorecer su motivación
--	--

5. PROGRAMA DE TRATAMIENTO PROPUESTO

La aplicación de técnicas terapéuticas de manera estandarizada ha sido común en el tratamiento psicológico del dolor crónico.

Dos formas de intervenir en los problemas de dolor crónico:

1. **Intervención Individualizada:** Se formula un protocolo válido para la intervención individualizada en los síndromes de dolor crónico.
2. **Programas de Tratamiento en Grupo:**
 - Programas de tratamiento en grupo que **se aplican de forma estándar**
 - Protocolo del programa **elaborado por Philips** para el tratamiento en grupo del dolor crónico. Este programa se elige debido a su capacidad para integrar los conocimientos expuestos y por estar disponible en español, facilitando su acceso a las personas interesadas. Se incluye, además, una breve referencia a un programa de **tratamiento de la fibromialgia**.

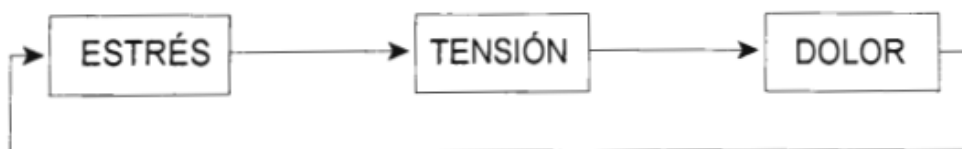
5.1 Tratamiento individualizado del dolor crónico

El tratamiento individualizado **debe iniciarse realizando el análisis funcional del caso**. Luego, según este análisis, se **planificarán los objetivos** de la intervención, así como las **técnicas** para conseguir dichos objetivos.

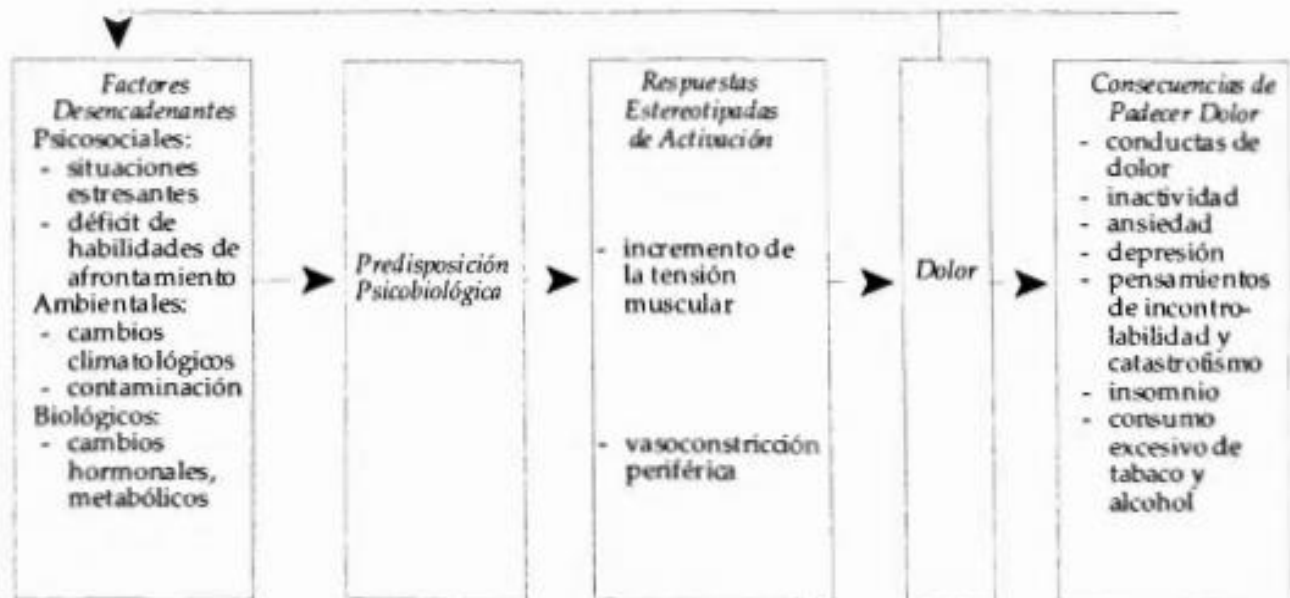
Elementos básicos para planificar la intervención:

- Datos procedentes de **auto-registros**
- Datos aportados por el paciente durante las **entrevistas**.

Una tarea importante en estas primeras sesiones es **valorar el concepto que tiene el paciente acerca de su problema de dolor**. El terapeuta debe elaborar un **esquema explicativo** del problema del paciente, que pueda ser entendido por este y compartido por ambos a lo largo de la intervención. Un esquema que contenga sólo aquellos **elementos cruciales** para la intervención, que sean **fácilmente identificados** y compartidos por el sujeto.



- **Los factores desencadenantes** son los responsables de que en ciertos individuos psicobiológicamente predispuestos, se produzcan respuestas estereotipadas de activación que originen el episodio de dolor. pueden encontrarse una serie de factores de diversa índole: **psicosociales, biológicos y ambientales**. La contribución de cada uno de estos puede cambiar de una persona a otra, e incluso, en el mismo sujeto de un episodio a otro.
 - **Psicosociales** -> el más frecuente es el estrés.
 - **Biológicos y ambientales** -> pueden actuar como único factor desencadenante del episodio de dolor, o bien, potenciando la influencia de los factores psicosociales.
- **Las respuestas de activación** con más influencia son el aumento de la tensión muscular y la vasoconstricción periférica. En el inicio del problema de dolor crónico se suelen observar estas respuestas estereotipadas. Sin embargo, y muy especialmente en los **pacientes con mayor cronicidad**, es frecuente encontrar crisis de dolor en las que no resulta posible identificar dichas respuestas estereotipadas de activación.
- **Los cambios que el hecho de padecer dolor de forma continuada o recurrente suele provocar en la vida del sujeto.** Entre las consecuencias más frecuentes del padecimiento de dolor, podrían citarse: **cambios en el comportamiento, alteraciones emocionales como ansiedad o depresión, pensamientos de incontrolabilidad y catastrofismo...** El hecho de que la mayoría de estos cambios actúen, a su vez, como factores precipitantes y agravantes del dolor, unido a la propia aversividad del dolor, ayudaría a explicar la circularidad del proceso y el mantenimiento de estos trastornos.



Un fenómeno común en la mayoría de los pacientes de dolor crónico es la **incomprensión inicial de cómo el psicólogo va a poder ayudarles** en un problema generalmente concebido como orgánico, como sucede con el dolor.

Al elaborar la secuencia del proceso de tratamiento es aconsejable, en todos los casos, **comenzar por aquellas técnicas que mejor puedan ayudarnos a fomentar la credibilidad y adherencia del sujeto al tratamiento**. Suele ser **conveniente empezar por objetivos fisiológicos**. Una de las técnicas de tratamiento con la que suele ser frecuente comenzar la intervención es el **entrenamiento en relajación**. Con esta estrategia **es posible conseguir la regulación de la respuesta fisiológica alterada**, con lo que en muchos casos se consigue ya una disminución del dolor. Además, cuando el paciente ya ha aprendido a relajarse rápidamente, puede utilizarse la relajación como estrategia para el afrontamiento de las situaciones estresantes.

Algunos de los **objetivos conductuales** pueden ser **acometidos también desde los momentos iniciales de la intervención**. Cuando se implanta un programa de incremento gradual de ejercicio físico y actividades gratificantes, al tiempo que conseguimos combatir la inactividad del sujeto, se consiguen efectos beneficiosos sobre su estado de ánimo-

Algunas estrategias dirigidas a **objetivos cognitivos**, como las estrategias de control y redirección de la atención, pueden ser **más difíciles** de aceptar inicialmente por el sujeto. Su **eficacia** suele ser **mayor** cuando se introducen **más avanzado el tratamiento**.

Durante todo el proceso resulta imprescindible motivar al paciente para que realice las **tareas entre las sesiones**. A su vez, es conveniente enseñarle a **detectar los indicios de nuevas situaciones en las que debería poner en marcha las estrategias aprendidas**, y entrenarle para que **valore la mejoría** conseguida.

5.2 Programas de tratamiento estandarizados

Con estos programas se consigue **abaratarse costes** ya que un solo terapeuta realiza simultáneamente el tratamiento de varias personas. Al estar el protocolo fijado previamente se puede sistematizar y acortar el tiempo de intervención. Asimismo, **el grupo ofrece algunas ventajas**, como el **apoyo mutuo** entre sus miembros, la **reducción del aislamiento**, la soledad y la inactividad.

Para que un programa de tratamiento sea aplicable a un amplio grupo de pacientes de dolor crónico debe cubrir todas las conductas problema, así como los antecedentes y consecuencias más frecuentemente encontrados. A su vez, debe ofrecer una **amplia gama de técnicas** que cubrirían todas las áreas problema previstas.

5.2.1 Programa de tratamiento de Clare Philips (1988/1991)

Este programa fue diseñado para impartirse en grupo, desde el departamento de psicología de un hospital general o clínica, integrado en un amplio equipo multidisciplinar en el que **colaboran**, además de psicólogos, médicos, farmacéuticos y fisioterapeutas. Para ser **aplicado en régimen ambulatorio**.

El **tamaño del grupo** recomendado oscila entre **4 y 7 personas**. Existen **criterios incluyentes y excluyentes**.

CRITERIOS INCLUYENTES	CRITERIOS EXCLUYENTES
○ Dolor crónico e incapacitante. ○ Reducción de las actividades diarias y el ejercicio físico. ○ Intensa respuesta emocional a la experiencia de dolor. ○ Depresión de ligera a moderada. ○ Ganancias ambientales por emisión de conductas de dolor. ○ Carencia de estrategias específicas de enfrentamiento activo de su problema de dolor.	○ Individuos envueltos en litigios de incapacidad o casos de compensaciones no resueltos. ○ Que exista un tratamiento médico alternativo eficaz. ○ Pacientes con problemas de drogadicción primaria, que sufran psicosis activa o cualesquiera otras condiciones que pueda interferir en la participación en el grupo.

Programa muy estructurado: **9 semanas**, en sesiones de **1 hora y ½**.

Cada sesión, a su vez, **se estructura en 4 fases**:

1. **Revisión de tareas para casa.**
2. **Presentación didáctica del tema a tratar en esa sesión**
3. **Introducción y práctica de las estrategias terapéuticas presentadas.**
4. **Asignación de tareas para casa.**

A lo largo de las 9 semanas se van incluyendo y practicando, secuencialmente, una serie de estrategias adecuadas para manejarse con los diferentes aspectos del problema de dolor:

- **Relajación:** Se comienza enseñando a los sujetos la estrategia de respiración profunda diafragmática. A la semana siguiente, en la 2ª sesión, se comienza con la relajación progresiva y se encomienda su práctica, como tarea para casa, 2 veces al día.
- **Incremento de las actividades y del vigor físico.** En la 3ª semana se introduce el programa de incremento de la actividad física general, así como ejercicios específicos en función de la localización del dolor. El nivel de ejercicio físico se va incrementando de forma gradual, sesión a sesión.
- **Independencia de las drogas.** Al final de la 3ª sesión, se entrega al paciente un frasco con la dosis de medicación que él ingiere habitualmente, disuelta en líquido. En la 4ª sesión se comienza con la reducción del consumo de drogas (analgésicos).
- **Producción de la hiperreactividad emocional.** En la 5ª sesión se entrenan métodos de reducción de las respuestas autonómicas ante situaciones estresantes.
- **Focalización atencional.** Se introduce en la 6ª sesión. Sirve para desviar la atención del sujeto del propio dolor, y así reducir indirectamente su percepción de este.
- **Asertividad.** Durante la 6ª sesión se entrena también a los sujetos en el empleo de respuestas asertivas.
- **Revaloración del dolor.** En la 7ª sesión se introduce una serie de estrategias cognitivas de revaloración del dolor, con el fin de conseguir la modulación de los niveles de dolor. Algunas de estas estrategias son: transformación de sensaciones; transformación del contexto; limitar la extensión del dolor únicamente al área afectada; relocalización.
- **Habla interna.** Se introduce en la 7ª sesión. Se enseña a los pacientes primero a localizar los pensamientos autodestructivos y depresivos que aparecen en sus auto-registros. A continuación, se pasa a reducir el habla interna negativa y reemplazarla por pensamientos positivos y de enfrentamiento.
- **Distribución o espaciamiento del trabajo y no-evitación de actividades.** 8ª sesión. La eficacia de este programa de tratamiento se va valorando a lo largo de la intervención, mediante los registros del dolor y diferentes cuestionarios adaptados a cada uno de los objetivos del tratamiento.

No se realiza una adaptación a priori del tratamiento a las características del sujeto. Se les pide que prueben todos los métodos que se les están enseñando. Después de practicarlos todos, cada persona debe seleccionar y practicar asiduamente sólo aquellos que le resulten más adecuados. La adaptación la realiza el propio sujeto "a posteriori", experimentando consigo mismo cada nueva estrategia y decidiendo su utilización o no en función de su eficacia.

La eficacia de este programa de tratamiento se va valorando:

- **A lo largo de la intervención,** mediante los registros del dolor y diferentes cuestionarios adaptados a cada uno de los objetivos del tratamiento.
- **Valoración final** como forma de evaluar los efectos del tratamiento, y la realización de evaluaciones periódicas durante el seguimiento, para comprobar la evolución temporal de dichos efectos.

5.2.2 Programa de tratamiento de la fibromialgia

Incluye 10 sesiones en grupo de 8 a 12 personas, con una periodicidad semanal y una duración de 2 horas.

1ª Sesión de introducción al tratamiento: Se aborda en qué consiste la fibromialgia, sus síntomas característicos, el porqué de su tratamiento psicológico y las bases en las que se fundamenta. Es una sesión de carácter psico-educativo que pretende motivar al seguimiento del programa. Se inicia el uso de un auto-registro de dolor y de las actividades realizadas, que se mantendrá a lo largo de todo el programa.

2ª Sesión en torno al uso de la relajación: Se explican los fundamentos del uso de la relajación y se aplica un procedimiento grabado de relajación muscular con sugerencias de calor y pesadez, adaptado al problema de fibromialgia. Se practica la relajación durante toda la semana y se añade al registro diario.

3ª Sesión en torno a las emociones: Se aborda cómo afectan las emociones a la percepción del dolor y al resto de síntomas. Se añade el uso de la respiración como media de regulación emocional.

4ª Sesión sobre las actividades diarias y el dolor: Se muestra la relación existente entre la implicación en actividades con independencia del malestar (dolor u otro síntoma). Se enseña a los pacientes las funciones de las conductas, se les insta a establecer objetivos y planes de acción realistas. A las tareas en marcha: registro de actividad y relajación y uso de la respiración se añade establecer metas u objetivos en diversas áreas.

5ª Sesión sobre otros síntomas como el insomnio y las disfunciones sexuales: Se aborda la higiene del sueño y el uso de estrategias de control de estímulos, incluyendo el uso de la relajación. Con respecto a las disfunciones sexuales se aborda la falta de deseo y la anorgasmia, facilitándose información y estrategias para mejorar la satisfacción sexual.

6ª Sesión dedicada a la Solución de Problemas: Se siguen los pasos del uso de esta técnica realizando diversos ejemplos con los pacientes. Se añaden como tareas para la semana la identificación de problemas, así como su anotación en una lista personal de problemas.

7ª Sesión sobre los pensamientos negativos: Se instruye al paciente sobre sus características y funciones, buscando su regulación tratando de romper el círculo vicioso que los mantiene. Se hacen diversos ejemplos y ejercicios con pensamientos positivos y negativos.

8ª Sesión sobre la focalización de la atención y las quejas en el mantenimiento del malestar: Se insiste en esta sesión en procurar que el centro de atención no sean el malestar propio de la enfermedad o las quejas relacionadas con ella. Se procura que la persona sea capaz de regular su atención y centrarla en aspectos positivos para mejorar su calidad de vida.

9ª Sesión centrada en el deterioro intelectual: Se aborda el modo en que la enfermedad afecta a su capacidad intelectual. Para ello se llama la atención sobre el modo en que las emociones y los requerimientos biológicos básicos (alimentación, sueños, etc.), afectan a la función intelectual. Se ofrecen estrategias para afrontar el deterioro intelectual y fomentar la memoria.

10ª Sesión de revisión e integración: Se pretende aquí motivar al paciente para que los logros obtenidos, basados en nuevos conocimientos, hábitos y actitudes se mantengan a lo largo del tiempo, haciendo que formen parte de su vida.

Este programa ha demostrado ser eficaz para:

- Mejorar los problemas emocionales asociados a la fibromialgia
- Disminuir los pensamientos rumiativos que suelen presentar estos pacientes
- Mejorar su percepción de autoeficacia en el afrontamiento de la enfermedad.
- Eficaz tanto en grupo, como a través de internet.

6. PERSPECTIVAS FUTURAS EN EL TRATAMIENTO

Inicio en los **años 60** de mano del estudio y tratamiento psicológico del dolor concebido de un modo multidisciplinar.

Tal vez lo que mejor caracteriza al dolor crónico es su **complejidad**, de ahí el hecho ampliamente aceptado de que su comprensión y tratamiento ha de ser multidisciplinar.

El dolor, por otro lado, afecta de forma a veces dramática a la vida de la persona. El reconocimiento de este hecho es imprescindible. El concepto de **aceptación** proveniente de las llamadas **terapias de 3ª generación** dentro de la terapia de conducta y supone incidir en una determinada forma de **afrontamiento del dolor**, con un modo de proceder o filosofía que, teniendo sus raíces en la terapia de conducta, está poco representado, a veces contra-representado, en la terapéutica psicológica del dolor crónico.

6.1 La complejidad del dolor crónico y su abordaje

El dolor crónico tiene que ver con la ocurrencia de una estimulación sensorial nociceptiva y/o una alteración en los centros neurales responsables de su integración.

Su **cronicidad** ocurre merced a un **fallo de la autorregulación natural**, de los sistemas endógenos de analgesia, de la capacidad de adaptación de la persona ante el problema y, obviamente, de las limitaciones de la terapéutica médica.

El **dolor crónico** es el resultado de un fallo en los sistemas naturales de analgesia ligados, generalmente, a una condición sensorial concreta y adicionalmente, y a consecuencia de ello, a la falta de recursos personales para afrontar las implicaciones vitales que ello supone

Las **técnicas de biofeedback**, basadas en el **CO**, fueron uno de los primeros recursos terapéuticos en el tratamiento del dolor crónico. Biofeedback empíricamente validado para la cefalea tensional (electromiograma).

En el **entrenamiento en biofeedback** la persona presta atención a los cambios en la respuesta fisiológica y a su magnitud (refuerzo) sin que esto suponga una interferencia activa en los mecanismos de autorregulación, favoreciendo una restauración de los servomecanismos naturales. La facilitación de información sensorial próxima al origen del dolor podría facilitar el reajuste de ellos sistemas de modulación natural de dolor.

Este abordaje terapéutico del dolor pretende **recuperar la neuromodulación natural del dolor**. No va dirigido, de forma concreta, a mejorar el afrontamiento del problema ni a actuar sobre el impacto que éste tiene en la vida. Evidentemente, si el dolor se reduce, mejorará la situación del paciente, aunque esto no significa, necesariamente, que el impacto del dolor sobre su vida desaparezca inmediatamente. Puede reducirse el dolor o desaparecer, pero perdurar comportamientos y problemas como forma de afrontamiento o de adaptación a él. Esto no supone problema alguno desde un punto de vista terapéutico.

6.2 La regulación del dolor como sistema

Del desajuste de los sistemas del dolor cabe esperar que el dolor se mantenga y perpetúe.

Dicho desajuste o desregulación se produce debido a:

- La alteración de las funciones biológicas básicas (alimentación, sueño, actividad social...).
- La alteración en los sistemas de feedback que aseguran la homeostasis.

Los **sistemas de feedback** se ven impedidos por la terapéutica médica cuando introduce sustancias que interfieren con la alostasis normal, pudiendo incluso empeorar la situación. Es por tanto preciso asegurar que los sistemas de feedback funcionan confirmando que reciben la estimulación adecuada y que no es interferida, ni con sustancias externas ni negando o enmascarando la información sensorial.

La **metáfora del fallo** consiste en **no escuchar claramente la señal**. Puede aplicarse a la terapéutica médica y también a la psicológica. **No reconocer, rechazar o negar las sensaciones o cambios perceptivos, con independencia de que puedan ser molestos o indeseables, dificulta e interfiere en su regulación.**

Entre los distintos **ámbitos de desregulación** uno de los más relevantes es el referido a la **actividad autonómica**. Se cuenta con un índice especialmente relevante, la variabilidad del ritmo cardiaco. **El aumento de la variabilidad cardiaca** está asociado a la influencia vagal y es un marcador indirecto de la habilidad de la persona para responder ante situaciones estresantes y, sobre todo, recuperarse eficientemente de ellas.

El que técnicas relativamente sencillas como el **biofeedback** se muestren **eficaces** en el control del **dolor** es debido a la **restauración de los mecanismos naturales de regulación**. Al revertir la desregulación el dolor se reduciría de forma fisiológica, siempre y cuando, naturalmente, el motivo del mantenimiento fuera debido a dicha desregulación.

6.3 La aceptación del dolor

En el caso del dolor, su **aceptación** e incluso la contemplación de las respuestas fisiológicas relacionadas con él, son una vía para reducirlo. Un ejemplo a este respecto es el uso de programas de exposición utilizados para el tratamiento de fibromialgia. Otro ámbito con tradición en psicoterapia es el uso de la **escritura** como forma de exposición y de autodescubrimiento. Así, escribir sobre la ira asociada a la percepción del dolor crónico produce una mejoría en el dolor percibido y el estado de ánimo, lo que viene a confirmar que la inhibición de la expresión de la ira contribuye a aumentar la percepción de dolor.

Es necesario partir del dolor y el malestar por él generado, para superar la situación.

Aceptar el dolor, el malestar y las limitaciones que supone no es un punto de llegada sino de partida. Se integra en las terapias de 3ª generación y en particular en: **la terapia de aceptación y compromiso**.

La aceptación conlleva la determinación de no dejar que sea el dolor el que dirija la vida. Se propone una **recuperación de la actividad ordinaria**. Se trata de hacer aquellas cosas que merecen la pena, a pesar del malestar o de no estar suficientemente motivado. Se busca sino potenciar la **realización de actividades valiosas** para el paciente, así como **centrarse en lo que acontece realmente** y no en el pensamiento e imaginación.

Un abordaje de estas características es **congruente con** los principios que sustentan la TCC. Se ajusta mejor a la forma natural de la vida. Introduce un orden en los objetivos. Recuperar el control de la vida traerá una mejora en la autoestima y en la posibilidad de afrontar los problemas relacionados con el dolor.

6.4 Opioides

Los opioides son los **fármacos de último recurso** para tratar el dolor crónico. Su necesidad y utilidad no es cuestionada, pero deben ser integrados dentro de un tratamiento multidisciplinar. Es indeseable que el tratamiento del dolor se centre exclusivamente en el tratamiento farmacológico y, en especial, en los opioides.

1. **Su uso genera dependencia.** Todos los opioides generan adicción.
2. Los médicos deben informar a los pacientes de que estos **fármacos generan adicción** y de que su consumo crónico puede producir una **sensibilización al dolor**, esto es más dolor.
3. Incluso cuando tienen un efecto positivo, están **sujetos a tolerancia**, lo que supone una escalada en su utilización; por lo que **se requiere una intervención no farmacológica** (psicológica) concurrente.
4. Los **riesgos del consumo a largo plazo** de opioides, como el de otros fármacos, suponen una interrupción de los sistemas homeostáticos que regulan la modulación de dolor y otras actividades.

Hay una verdadera **epidemia** de personas que siendo pacientes de dolor crónico han caído en los riesgos señalados y, en especial, han **fallecido por sobredosis**. La concurrencia del tratamiento psicológico es una medida esencial que debe contribuir a **controlar y reducir** el uso de opioides, en especial en dolor no producido por el cáncer.

6.5 Conclusión

El tratamiento psicológico del dolor crónico debe ser capaz de responder a **2 objetivos fundamentales**:

1. **Actuar sobre el dolor de modo que los sistemas de regulación natural operan adecuadamente** -> Debe permitir, atendiendo a las sensaciones percibidas y a las respuestas fisiológicas relacionadas con el dolor, hacer más efectivos los sistemas de regulación fisiológica del dolor -> Técnicas de biofeedback, neurofeedback, la hipnosis, la relajación y otros procedimientos de naturaleza psicofisiológica han mostrado su utilidad.
2. **Atendiendo a la persistencia del dolor impedir que éste se haga dueño de la vida del paciente** -> Requiere reconocer los problemas y ponerse a recuperar las actividades que se consideran valiosas -> TCC y Terapias de 3ª generación.

1. INTRODUCCIÓN

La **prevalencia de la obesidad** se ha triplicado desde 1975, afectando a casi 2.1 billones de personas, lo que equivale al 30% de la población mundial. Además de las consecuencias médicas, se han estudiado las **repercusiones psicológicas y sociales**, ya que las sociedades occidentales estigmatizan a las personas obesas debido a la presión por la delgadez. La discriminación social, educativa y laboral es común en personas con sobrepeso y obesidad.

Se observan alteraciones en la conducta alimentaria, como el **Trastorno de Atracóns (TA)** y el **Síndrome de Ingesta Nocturna (SIN)**, que pueden agravar el problema de peso. Estos trastornos han despertado interés y han sido incluidos en las clasificaciones diagnósticas, como el DSM-5 y la CIE-11.

- Trastorno por Atracón -> se ha reconocido oficialmente.
- Síndrome de Ingesta Nocturna -> se considera bajo la categoría de "Otro trastorno de conducta alimentaria o ingesta de alimentos especificado".

1.1 Definición, clasificación y epidemiología de la obesidad

La **obesidad** se caracteriza por una **acumulación excesiva de grasa corporal**; por tanto, para diagnosticar a una persona como obesa es imprescindible poder determinar la cantidad de **tejido adiposo** que tiene y comparar sus resultados con el intervalo de normalidad de los valores estándares de la población a la que corresponde.

Valores normales:

- Hombres: 12-20% de grasa corporal.
- Mujeres: 20-30% de grasa corporal.

El Índice de Masa Corporal (IMC) es el índice más utilizado en estudios epidemiológicos y el más recomendado. El IMC tiene en cuenta la relación peso/talla (**$IMC = kg/m^2$**), estableciéndose como punto de corte para definir la **obesidad igual o superior a 30kg/m²**.

CRITERIOS PARA DEFINIR LA OBESIDAD SEGÚN EL IMC EN ADULTOS:

CATEGORIA	VALORES LIMITE DEL IMC (KG/M2)
Peso insuficiente	< 18,5
Normopeso	18,5-24,9
Sobrepeso grado I	25,0-26,9
Sobrepeso grado II (pre-obesidad)	27,0-29,9
Obesidad de tipo I	30,0-34,9
Obesidad de tipo II	35,0-39,9
Obesidad de tipo III (mórbida)	40,0-49,9
Obesidad de tipo IV (extrema)	> 50

Prevalencia:

- **La Encuesta Nacional de Salud en España (2016-2017)** revela que más del 54.2% de la población adulta tenía sobrepeso. En los últimos 30 años, la prevalencia de obesidad en adultos se ha multiplicado por 2.4, alcanzando el 17,4% en 2017.
- La obesidad es **más común en hombres** que en mujeres y **más prevalente en personas mayores**.
- **En niños y adolescentes**, la obesidad ha aumentado gradualmente, afectando a más del 10.3% en 2-17 años (2017), ligeramente superior al 9.6% en 2011. La obesidad infantil muestra un claro **gradiente social**, siendo más alta en hijos de trabajadores no cualificados (15.4%) en comparación con hijos de universitarios y funcionarios (5.4%).

1.2 Definición, características y epidemiología del trastorno por atracones (TA)

Según el DSM-5 se determina que pertenecen a la categoría de "**trastorno de atracones**" aquellas personas que se dan **atracones de comida** (ingesta de grandes cantidades de comida en un período discreto de tiempo) de forma recurrente, los cuales irán acompañados de pruebas subjetivas y comportamentales de falta de control sobre la alimentación y de malestar.

Estos atracones **no van acompañados de las conductas compensatorias** típicas de la bulimia nerviosa.

Los atracones **van asociados a sentimientos de culpa o malestar** por la ingesta de grandes cantidades de alimentos sin experimentar hambre. Deben darse **al menos una vez a la semana durante 3 meses**.

El DSM-5 indica que se debe especificar la **gravedad**: de leve (1-3 atracones/semana) a extremo (más de 14 atracones a la semana).

El TA se da más en **personas de mayor edad**, con una **historia previa de obesidad** y, rara vez, con historia previa de otros trastornos de la alimentación. Se da de manera bastante **semejante entre mujeres y hombres**. Parece que el TA es un **trastorno crónico**, bastante estable y presenta una **duración aproximada de 14,4 años**.

El trastorno por atracones **se pueda dar de forma comórbida** con una amplia gama de **trastornos psicológicos**. Los trastornos de ansiedad, del estado de ánimo y de uso de sustancias son los más comunes.

Prevalencia:

La prevalencia del Trastorno de la Alimentación (TA) **es mayor en personas con sobrepeso y obesidad (2.9%)** que en la población general (1.5%). Un metaanálisis reciente con 32 estudios estimó la **prevalencia mundial de TA** en el periodo 1995-2017 **en 0.9%**. La prevalencia de Trastorno por Atracón (BED) fue **similar en países de altos ingresos**.

Siguiendo los criterios diagnósticos del DSM-5, la **prevalencia estimada es del 1.5% entre mujeres y 0.3% entre hombres**. Para personas sometidas a **cirugía bariátrica**, la prevalencia varía considerablemente, desde el 6.3% en EE.UU. hasta el 58.4% en Chile (2015), con un estudio en España informando una prevalencia del 23.9%.

1.3 Definición, características y epidemiología del síndrome de ingesta nocturna (SIN)

Otra alteración de la conducta alimentaria es el "**Síndrome de Ingesta Nocturna**" (SIN). En el trabajo original los autores mencionaban algunas **características distintivas del SIN**:

- **Anorexia matutina.**
- **Hiperfagia vespertina.**
- **Insomnio.**
- **Depresión.**
- **Patrón circadiano de ingesta inusual, mínimo por la mañana e incrementado durante la tarde y la noche.**

Después de numerosos intentos para definir el SIN, en el año 2010, Allison sus colaboradores propusieron unos criterios de investigación para fomentar estudios. Estos criterios fueron recogidos por el DSM-5 para el síndrome de ingesta nocturna de alimentos, **incluido en la categoría 5 de Otro trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos especificado**.

El SIN **puede darse tanto en personas de peso normal como en personas con sobrepeso y obesidad**. Sin embargo, sabemos que el SIN **es un trastorno poco frecuente entre la población general y que su prevalencia aumenta a medida que incrementa el peso de las personas**. El SIN se convierte en un **factor de riesgo** para el desarrollo de la obesidad, estando relacionado con tasas elevadas de depresión y baja autoestima. el SIN **tiene efectos psicológicos que se traducen en un incremento de la depresión, ansiedad, impulsividad y alexitimia**.

CRITERIOS PROVISIONALES PARA EL SIN

- A.** El patrón alimentario diario demuestra un incremento significativo de la ingesta al atardecer y/o por la noche y/o, manifestado por 1 o ambos de los siguientes:
- 1) Por lo menos el 25% de la ingesta de alimentos se realiza después de la cena.
 - 2) Por lo menos 2 episodios de ingesta nocturna a la semana.
- B.** Hay conciencia y recuerdo de los episodios de ingesta que se producen al atardecer y por la noche.
- C.** El cuadro clínico se caracteriza por al menos 3 de las siguientes características:
- 1) Ausencia de deseo de comer por la mañana y/o el desayuno se omite en 4 o más mañanas por semana.
 - 2) Presencia de una fuerte urgencia de comer entre la cena y el inicio del sueño y/o durante la noche.
 - 3) Presencia de insomnio de inicio o de mantenimiento por lo menos 4 o más noches por semana.
 - 4) Presencia de la creencia de que es necesario comer para iniciar el sueño o volverlo a conciliar.
 - 5) Estado de ánimo frecuentemente deprimido y/o empeora por la noche.
- D.** El trastorno es asociado con malestar significativo y/o deterioro en el funcionamiento.
- E.** El patrón de alimentación alterado se ha mantenido por lo menos durante 3 meses.
- F.** El trastorno no es secundario a abuso o dependencia de sustancias, trastorno médico, medicación o a otro trastorno psiquiátrico.

Además del incremento de peso que puede potenciar el sobrepeso y la obesidad, el exceso de ingesta nocturna puede generar:

- Patrones alterados del sueño (exceso de somnolencia diurna)
- Sobrepeso y obesidad
- Reflujo y acidez crónica.
- Estrés y Conflictos familiares.

Las personas que presentan SIN muestran **características específicas** en cuatro ámbitos concretos:

1. En sus patrones alimentarios.
2. En alteraciones del patrón de sueño.
3. En el curso clínico.
4. En antecedentes familiares.

Epidemiología

- Entre personas obesas, alcanza el 24.62%.
- En pacientes con alteraciones del sueño, es del 5.8%.
- En pacientes psiquiátricos ambulatorios, se sitúa en el 12.3%.
- En personas con obesidad tipo II y tipo III, es del 10.1%.
- Entre mujeres que informan realizar al menos un atracón a la semana, la prevalencia es del 37%.
- En pacientes sometidos a cirugía bariátrica, la prevalencia es del 20%.
- Para pacientes con obesidad mórbida refractarios al tratamiento, la prevalencia es aún mayor, oscilando entre el 51% y el 64%.

1.4 Semejanzas y diferencias entre la obesidad, el trastorno por atracones y el síndrome de ingesta nocturna

SOBREPESO/OBESIDAD	TRASTORNO POR ATRACONES	SINDROME DE INGESTA NOCTURNA
Frecuencia normal de la cena (última ingesta del día).	Tienen más conductas y actitudes alimentarias desadaptadas. Sensación de pérdida de control mientras comen (más cantidad). Tentempiés nocturnos (menos frecuentes). Patrones de alimentación caóticos. Tienen dificultades para regular y responder a las señales de hambre. Mayores puntuaciones en las subescalas del EDE de preocupación por el peso y la figura. Valores de depresión más elevados.	Tienen conductas y actitudes alimentarias desadaptadas. Sensación de pérdida de control mientras comen. Comen con menor frecuencia en el desayuno, comida y merienda. Tentempiés nocturnos. Férreo control sobre su ingesta durante el día. Déficit de ingesta calórica en la primera parte del día. Valores de depresión más elevados.

2. MODELOS EXPLICATIVOS SOBRE LA OBESIDAD, EL TA Y EL SIN

OBESIDAD:

La obesidad es un problema de salud complejo multifactoriales, influenciado por:

- Factores genéticos.
- Factores biológicos.
- Factores metabólicos.
- Factores psicosociales.

Desde la perspectiva biológica, se ha explicado mediante el "balance energético" y la "teoría del punto fijo".

A nivel psicosocial, se ha propuesto la "hipótesis de la externalidad" y el modelo del aprendizaje para entender el papel de los factores motivacionales y los principios de reforzamiento en los patrones de comportamiento. Además, se ha explorado la "ingesta emocional". Teorías basadas en la condición social identifican el nivel socioeconómico, el estigma y el racismo como causas fundamentales de la obesidad.

TRASTORNO POR ATRACONES (TA)

La identificación del trastorno de atracones (TA) ha impulsado investigaciones teóricas y aplicadas. Aunque muchas explicaciones teóricas de la obesidad son relevantes para el TA, se reconocen diferencias, especialmente porque los individuos con TA no siguen conductas compensatorias.

Modelos cognitivo-conductuales desarrollados para la bulimia nerviosa se aplican al TA, con la consideración de estas diferencias. Propuestas explicativas, como la "teoría de la restricción alimentaria" que evolucionó al "modelo de la dieta", han sido aceptadas para explicar el TA.

También, el modelo transdiagnóstico cognitivo-conductual ofrece una explicación única para varios trastornos alimentarios, centrándose en las características psicopatológicas mantenidas en lugar de en cómo se inician los trastornos.

SINDROME DE INGESTA NOCTURNA

Explicaciones teóricas están todavía poco desarrolladas. Se considera un **trastorno multicausado** y hasta la fecha ha recibido diversas conceptualizaciones de su inicio y/ o mantenimiento.

Modelos explicativos sobre la ansiedad	Modelos explicativos sobre el trastorno de atracones	Modelos explicativos del síndrome de ingesta nocturna
Balance energético Teoría del punto fijo Modelo conductual de aprendizaje Hipótesis de ingesta emocional	Modelo de restricción alimentaria Modelo cognitivo conductual Otros modelos explicativos	Peor eficacia del sueño -> ingesta favorece serotonina -> forma de automedicación para insomnio. Ingesta nocturna es el detonante de la anorexia matutina.

2.1 Modelos explicativos sobre la ansiedad

2.1.1 El balance energético

Mediante el “balance energético” se sostiene que **la mayoría de las obesidades son consecuencia de un **desequilibrio energético entre la cantidad de calorías ingeridas por el individuo y la cantidad de calorías gastadas****. Generalmente, este **desequilibrio energético** es consecuencia del consumo de dietas hipercalóricas y de insuficiente actividad física.

El mantenimiento de un balance energético positivo durante un periodo prolongado de tiempo conduce a un **incremento en la cantidad de tejido adiposo** (aumento del tamaño de los adipocitos o proliferación de nuevas células grasas). También tiene gran importancia la **tasa metabólica basal**, la cual es bastante estable en el tiempo, pero se **enlentece** mediante la restricción alimentaria y se **acelera** mediante la práctica de ejercicio físico.

2.1.2 La teoría del punto fijo

Esta teoría postula que **cada individuo tiene un peso ideal que está biológicamente programado** y mediante una serie de procesos reguladores se consigue mantener constante. La herencia determina de forma importante el punto fijo del **peso del sujeto**, el cual es influido por:

- **La nutrición.**
- **La actividad física.**
- **La tasa metabólica.**

Presentar un balance energético positivo durante un periodo de tiempo prolongado producirá en el sujeto un cambio a un nivel superior en el punto fijo de su peso, ganará peso y tendrá dificultades en el futuro para restaurar su peso por debajo del nuevo punto fijo de peso que ha establecido, y viceversa.

2.1.3 El modelo conductual del aprendizaje

Por medio de este modelo se pueden explicar los **aspectos motivacionales** que justifican por qué el obeso mantiene las conductas de sobre-ingesta y sedentarismo.

Gran parte de las conductas emitidas por los sujetos son mantenidas por los **reforzamientos a corto y largo plazo** que les siguen, siendo mucho más potentes para el mantenimiento los que se reciben a corto plazo que a largo plazo.

En contraposición, la actividad física, es seguida a corto plazo de contingencias negativas poco reforzantes (fatiga, agujetas...), tendrá beneficios a largo plazo.

2.1.4 La hipótesis de la ingesta emocional

Kaplan y Kaplan (1957): proponían que la sobre-ingesta era una conducta aprendida utilizada por el sujeto con obesidad como mecanismo para reducir la ansiedad.

Bruch (1961): indicó que la persona con obesidad confundía estados emocionales internos con sensaciones de hambre, teniendo una ingesta inadecuada como consecuencia de esta falta de discriminación.

Robbins y Fray (1980): concluyen que la conducta de ingesta está inducida por el estrés y que, debido a la falta de discriminación entre respuestas emocionales y hambre, estas personas comen de forma inadecuada en respuesta a la activación emocional, manteniendo este comportamiento a causa de las cualidades reforzantes del alimento.

Ruderman (1983): estudio que demostraba que sujetos con obesidad, ingerían significativamente menos en la condición de ansiedad alta que en la de ansiedad baja, siendo su ingesta media en el nivel de relajación. Allison y

Heshka: revisaron los estudios y señalan que existe una relación pobre entre sobre-ingesta y estados emocionales negativos en personas con obesidad.

2.2 Modelos explicativos sobre el trastorno de atracones

El origen del TA puede tener sus raíces tanto en causas biológicas como psicológicas, sociales o culturales.

- **Causas biológicas:** algunas alteraciones del hipotálamo que afectan al correcto funcionamiento de las señales de hambre y saciedad, o déficits en la producción de serotonina, pueden favorecer la ingesta compulsiva.
- **Causas psicológicas:** el estrés ha sido el factor desencadenante identificado en mayor nº de ocasiones, aunque también han sido frecuentemente asociados a la sobre-ingesta los estados emocionales negativos, la baja autoestima, las dificultades para gestionar y expresar emociones y la soledad. Problemas con el control de impulsos se han identificado en pacientes con TA.
- **Causas Sociales / Culturales:** insatisfacción corporal fruto de la presión social por estar delgado activa la necesidad de seguir dietas siendo éstas uno de los factores más identificados con el inicio del TA.

2.2.1 Modelo de la restricción alimentaria o de la dieta

Sostiene que los sujetos restrictivos o que hacen dietas de forma crónica, **desinhiben su conducta alimentaria** en situaciones tales como estados emocionales, depresión, consumo de alcohol o cuando violan una dieta. La teoría pone de manifiesto que la restricción alimentaria continuada conduce a:

- Una privación biológica de energía.
- A la experimentación de hambre.
- A la urgencia por consumir alimentos.

los sujetos restrictivos abandonan generalmente su restricción alimentaria y comen incluso más.

Herman y Polivy: los sujetos que eligen seguir una dieta enseguida empezarán a experimentar las consecuencias de la restricción alimentaria. Estas consecuencias contribuyen a que se reinicie la sobre-ingesta, lo cual a su vez hará que se emplee de nuevo la dieta para contrarrestar los efectos sobre el peso de exceso calórico. El fracaso para perder el peso ganado producirá una disminución de la autoestima y conducirá a que el ciclo dieta-sobreingesta se repita y perpetúe.

Reformularon el modelo al llamado **“Modelo Espiral”**. Los sujetos con metas altas respecto al peso y la figura siguen dietas restringiendo sus ingestas. Sin embargo, los objetivos no son alcanzados; por el contrario, estos sujetos o bien mantienen su peso estable, o bien ganan peso. Esta “espiral negativa” es la que conducirá a la perpetuación de la sobre-ingesta o al desarrollo de trastornos alimentarios.

2.2.2 El modelo cognitivo conductual

Propone que los atracones son, en gran medida, un producto de la forma particular en que los **pacientes con BN y TA intentan restringir su alimentación**. Estos pacientes intentan seguir sus propias reglas dietéticas que son muy específicas y estrictas y de difícil cumplimiento.

Cuando estas reglas autoimpuestas inevitablemente son violadas la persona reacciona negativamente, ya que lo interpreta como una **falta de autocontrol**. La percepción de falta de control le conduce a abandonar temporalmente sus esfuerzos para restringir su alimentación, **sucumbiendo a la urgencia de comer** y, de esa manera, activándose el inicio del **atacón**.

La **consecuencia** es un patrón mediante el cual, la restricción alimentaria continuada es interrumpida por violaciones de esta que generan malestar por la sensación de pérdida de control y que, de nuevo, activan el inicio del atracón.

Los atracones a su vez mantienen la psicopatología básica, al **magnificar las preocupaciones** de los pacientes acerca de su **capacidad para controlar su alimentación, forma y peso**.

2.2.3 Otros modelos explicativos del TA

Se proponen **4 modelos tentativos para explicar el TA**:

1. **Identifica al TA como una entidad diagnóstica distinta de la AN y BN y, por tanto, como otro TCA.**
2. **Considera el TA como una variante de BN.** Los autores señalan que puede haber una BN con conductas compensatorias y otra BN sin este tipo de conductas.
3. **Considera al TA como un subtipo de obesidad.**
4. **Considera el TA como una característica asociada a un trastorno primario.**

Otros autores revisando la literatura científica sobre TA llegaron a las **siguientes conclusiones**:

- **El TA es una entidad diagnóstica distinta de trastorno de la conducta alimentaria** que difiere de forma significativa de la BN de tipo purgativo.
- **El TA no es un subtipo de obesidad.** La investigación que se ha seguido haciendo hasta el momento presente confirma que el TA es un trastorno diferente al resto de TCA.

2.3 Modelos explicativos sobre el síndrome de ingesta nocturna

Desde su identificación, el SIN se ha conceptualizado como: Un trastorno del sueño, un trastorno del estado de ánimo y un TCA.

Se ha comprobado que los ritmos biológicos que controlan el sueño de las personas con SIN funcionan perfectamente y que no difieren de los de las personas que no tienen SIN, no obstante, han mostrado una **peor eficiencia del sueño** (nº de horas de descanso menor), con un **mayor nº de despertares nocturnos** (dedicados a comer).

Es por ello por lo que se considera que la **ingesta nocturna es el detonante de la anorexia matutina**.

Además, el **patrón de ingesta en carbohidratos parece incrementar la disponibilidad del triptófano** para ser transportado al cerebro y convertirlo en **serotonina**, favoreciendo las propiedades de este para **inducir el sueño** (realizan sus ingestas nocturnas como forma de **automedicación contra el insomnio**).

3. EVALUACIÓN

El clínico que inicia el proceso de evaluación tiene que ser especialmente sensible al contexto biológico, comportamental, psicológico, familiar y sociocultural del problema.

El proceso de evaluación deberá permitir estudiar todos los factores implicados en estos problemas, como son el peso, la acumulación excesiva de grasa, los problemas de salud asociados, los patrones de alimentación y actividad física... Todo ello deberá concluir en una mayor precisión en el diagnóstico y un mayor conocimiento de la problemática del paciente.

Además, también será necesario evaluar la motivación del paciente, las condiciones del contexto y los obstáculos a los que pueda tener que hacer frente. Con todo ello, el clínico deberá ser capaz de ofertar el tratamiento más idóneo.

3.1 Evaluación de la composición corporal, grado de obesidad y distribución de la grasa corporal

Los métodos varían tanto en complejidad como en precisión y van desde métodos simples (la antropometría) a métodos complejos (la hidro-densitometría, la estimación total de potasio corporal o las técnicas de imagen).

- **Medidas antropométricas:** nos aportan suficiente información para poder determinar el grado de obesidad y la distribución de la grasa corporal de una persona, de forma económica y no invasiva. Incluyen entre otras las siguientes mediciones: la altura y peso, que nos permitirá la obtención del IMC, la distribución de la grasa corporal, las circunferencias corporales y los pliegues subcutáneos.
- **El IMC (Índice de Masa Corporal [peso (kg)/altura (m²)]):** es un método indirecto para estimar el grado de obesidad, es de fácil manejo y, probablemente, el más práctico y empleado de todos los índices, debido a que está bien establecida su relación con el tejido adiposo, independientemente de la edad, el sexo y la raza. Su ventaja más notable es que el mismo punto de corte se emplea tanto para mujeres como hombres adultos. Los principales sesgos se producen con sujetos con una gran masa muscular o con piernas cortas para su talla. Dado el gran nº de ventajas que ofrece, es también el que con mayor frecuencia se emplea en estudios epidemiológicos a gran escala. Sin embargo, debe recordarse que este índice no aporta información cualitativa sobre la composición corporal.
- **La distribución de la grasa corporal,** independientemente de la cantidad de esta, es un factor de riesgo para la salud. a razón entre ambas mediciones (cintura/cadera) nos indicará la cantidad de grasa acumulada en zonas corporales de riesgo. Se considera deseable una razón < a 0,80 para las mujeres e < a 0,90 para los hombres.
- **Mediciones del grosor del pliegue subcutáneo.** Bajo el supuesto de que + del 50% del total de grasa corporal es subcutánea, lo que nos puede dar información sobre el porcentaje de grasa corporal. La medición del pliegue subcutáneo debe realizarse con gran precisión ya que un error de 2,5 mm. podría dar como resultado diferencias significativas. La localización tiene que ser exacta.
- **Análisis Histórico.** Las obesidades iniciadas en la infancia y adolescencia predicen mayor grado de obesidad en la edad adulta. la historia familiar de obesidad nos servirá de marcador biológico de predisposición a la obesidad. La historia familiar se puede evaluar pidiendo al paciente que nos aporte los pesos y tallas de sus padres, hermanos/as y abuelos/as paternos y maternos. Finalmente, también es necesario explorar la historia de pérdida de peso.

3.2 Evaluación del comportamiento alimentario

El **componente biológico** tiene un peso importante en el inicio de la obesidad (**30-70%**), pero en la actualidad se considera que el **componente ambiental es más responsable** de la epidemia de obesidad. Un análisis del comportamiento alimentario del paciente con obesidad, TA y SIN es esencial para un buen diseño del tratamiento.

VARIABLES	CONDUCTAS ALIMENTARIAS
Frecuencia ingesta	- Número de comidas diarias - Horarios de las ingestas - Picoteo entre horas - Omisión de ingestas
Contenido calórico	- Diario alimentación - Presencia y cantidad de los grupos de alimentos en la alimentación cotidiana - Tamaño de las raciones - Criterios preparación alimentos - Consumo de alimentos precocinados
Apetito	- Discriminación entre señales de saciedad y hambre - Sensación permanente de hambre - Ansia por la comida (craving)
Estilo de alimentación	- Lugares de la ingesta - Velocidad de la ingesta - Repetir plato, picar de otros platos, etc.
Señales internas y externas	- Estímulos ambientales externos: horarios, ver u oler alimentos o determinadas comidas, sabor de los alimentos, etc. - Acontecimientos sociales o de trabajo - Estados emocionales positivos o negativos
Ingesta problemática	- Presencia, frecuencia y duración episodios de sobreingesta (atracones) - Sensación de pérdida de control mientras se come - Comer grandes cantidades de comida sin hambre - Ingesta más rápido de lo normal - Comer solo para evitar vergüenza por la cantidad - Comer más por la tarde que por el día - Seguimiento de dietas - Ayuno y otras conductas de control de peso - Levantarse por la noche para comer

La **entrevista clínica** es la mejor forma de explorar la mayoría de las variables, especialmente las relativas al qué, cuándo, cómo y dónde se come. Sin embargo, existen algunos **cuestionarios** que nos permiten evaluar con bastante precisión todas las variables, incluyendo las relativas a los comportamientos alimentarios anómalos.

- **Weight and Life Inventory (WALI):** Diseñado para obtener información sobre los **factores biológicos**, **influencias ambientales** relativas fundamentalmente a la conducta alimentaria y a la actividad física. También permite evaluar los comportamientos alimentarios desadaptados, como el **TA** y el **SIN**, así como las **consecuencias psicológicas y sociales** que se puedan derivar de la obesidad. Otras áreas relevantes para el tratamiento, tales como el **consumo de sustancias**, el **abuso sexual**, una **historia médica completa** o las **expectativas respecto al tratamiento** también son contempladas en este cuestionario.
- **Night Eating Questionnaire (NEQ):** desarrollado para la **evaluación de la severidad del SIN**, de **forma breve y simple**. Distintas versiones se han publicado en los últimos años, la última versión **tiene 4 factores**:
 1. **Ingestas nocturnas**
 2. **Hiperfagia vespertina**
 3. **Anorexia matutina**
 4. **Estado de ánimo/sueño**

La conducta alimentaria debe ser analizada mediante los **diarios de alimentación**. El registro de las ingestas facilitará la introducción de cambios relevantes en la alimentación durante el programa de tratamiento. Los registros requieren que el paciente anote de cada una de las ingestas que realiza, el alimento que ingiere y la cantidad de este. Con obesidad se subestima la ingesta entre 30-50%, con peso normal se subestima en un 20%.

Para **mejorar la precisión de los registros y de facilitar la tarea a los pacientes**, en la actualidad se han diseñado sistemas empleando programas para **teléfonos móviles o para agendas digitales**. Estos sistemas parecen mejorar el cumplimiento.

En relación con el **comportamiento alimentario**, conviene analizar el **estilo de alimentación del paciente**, bien sea obeso bien con TA. La mejor forma de evaluar estos comportamientos es:

- En un primer momento mediante la **entrevista clínica**.
- En un segundo momento, mediante **auto-registros** (diarios de alimentación) a cumplimentar por el sujeto.
- Por último, mediante **cuestionarios**. Los más empleados son:
 - Restraint Scale
 - Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ)
 - The Three factor Eating Questionnaire (TFEQ).

Tanto el DEBQ como el TFEQ contienen unas escalas que hacen referencia a la restricción voluntaria de la ingesta, la ingesta emocional y la externalidad; además, el TFEQ contiene escalas que permiten evaluar los problemas de recaídas, los ataques de sobre-ingesta y las sensaciones percibidas de hambre.

3.3 Evaluación de las conductas compensatorias

Una de las condiciones necesarias para diagnosticar a un sujeto TA es la ausencia de conductas compensatorias. Sin embargo, un porcentaje de estos pacientes, así como de pacientes obesos se implican en este tipo de actividad de forma esporádica. **Es imprescindible evaluar, durante la entrevista, la presencia o ausencia de este tipo de conductas y, si es el caso, el tipo, características y frecuencia de éstas.**

La información recogida **debe completarse con registros** en los que el sujeto anote, además del tipo, características y frecuencia de las conductas compensatorias, los eventos que favorecen el empleo de estas y las consecuencias que generan.

Además de la entrevista y los registros se pueden emplear **cuestionarios** para evaluar la presencia de conductas compensatorias:

- Questionnaire on Eating and Weight Patterns-Revised (QEWP-R)
- Eating Disorder Examination-Questionnaire (EDE-Q). evalúa los métodos extremos de control de peso y agrupa sus ítems en 4 subescalas:
 1. Restricción alimentaria.
 2. Preocupación por la ingesta.
 3. Preocupación por el peso.
 4. Preocupación por la silueta.

3.4 Evaluación de la actividad física

Está demostrado que un incremento en la **actividad física** puede contribuir positivamente a la **pérdida de grasa**, disminuir el riesgo cardiovascular y mejorar la imagen corporal.

American Heart Association recomendó que los adultos deberían realizar, además de su **actividad física cotidiana**, **30 minutos diarios de actividad física de moderada a intensa al menos 5 días a la semana**, para potenciar su salud y **minimizar los riesgos para desarrollar enfermedades crónicas**

En la **evaluación de la actividad física** deben tenerse en consideración **tanto la conducta en sí misma como el gasto de energía** que supone la realización de la actividad. Se han diseñado numerosas pruebas objetivas y subjetivas para evaluar la actividad física y el gasto energético de poblaciones normales y clínicas, variando en complejidad, precisión, facilidad de uso y asequibilidad.

- **Entre las medidas objetivas** (Laboratorio o procesos bioquímicos): los registros de observaciones directas, el empleo de detectores de movimiento (podómetros o GPS) o el uso de instrumentos remotos.
- **Entre las medidas subjetivas** (Medidas fisiológicas): auto-registros de actividad física o cuestionarios, siendo el más empleado el International Physical Activity Questionnaire (IPAQ).

Todos estos parámetros permiten realizar una **estimación del gasto energético**.

Existen instrumentos mediante los cuales se pueden tomar las **mediciones de actividad física y gasto energético** de forma simultánea, como los acelerómetros o los monitores de tasa cardíaca.

La restricción alimentaria **enlentece la tasa metabólica en reposo (TMR)** mientras que la actividad física la incrementa favoreciendo la pérdida de peso.

Es muy conveniente evaluar mediante **la entrevista clínica** la motivación del sujeto para la práctica de ejercicio físico, los obstáculos y/o barreras, su preocupación por la exposición en público durante las prácticas, los apoyos sociales y los recursos medioambientales a su disposición.

3.5 Evaluación de la imagen corporal

Hay datos que afirman que las personas que han desarrollado obesidad en la edad adulta no parecen presentar un elevado nivel de insatisfacción con su imagen, mientras que aquellos que sufren obesidades de inicio en la infancia o adolescencia tienen un elevado grado de insatisfacción. Con relación al TA, la preocupación desproporcionada por el peso y la figura también hace muy recomendable la evaluación de esta área.

INSTRUMENTO PARA EVALUACION IMAGEN CORPORAL: ideales para emplear con pacientes con obesidad.
Entrevista EDE: contiene 2 sub-escalas -> preocupación por la silueta y preocupación por el peso.
WALL: evaluación de la autopercepción que tiene el paciente obeso de sí mismo.
Sub-escala de Insatisfacción Corporal del Eating Disorder Inventory (EDI).
Body Dissatisfaction Scale
Body Shape Questionnaire (BSQ).
Multidimensional Body Self Relations Questionnaire (MBSRQ)

Otro método fácil de estimar la insatisfacción con la imagen corporal es mediante el empleo de **los Test de Siluetas**, en los que el sujeto debe seleccionar de entre un conjunto de figuras de muy delgada a obesa, cuál es la que representa su peso actual y cuál es la que sería su ideal. De la discrepancia entre las 2 figuras seleccionadas se puede estimar el grado de insatisfacción con la imagen corporal que presenta el paciente.

Con respecto a la evaluación de la sobreestimación y distorsión del tamaño del cuerpo (componente perceptivo) es el **Body Image Assessment Software (BIAS)** permite evaluar las distorsiones de la imagen y la insatisfacción corporales mediante la presentación en pantalla de una imagen de una persona a escala, cuyas diferentes partes del cuerpo pueden ser modificadas de dimensiones por la propia persona.

3.6 Evaluación de la psicopatología secundaria

Realizar una **evaluación global del funcionamiento psicológico** del paciente con obesidad permitirá tomar decisiones sobre qué componentes debemos incluir en el tratamiento y cuáles pueden ser omitidos. Lo mismo ocurre con la evaluación que requieren los pacientes con trastorno por atracón y/o síndrome de ingesta nocturna, que han mostrado **frecuentemente que presentan problemas de ansiedad y estrés, bajo estado de ánimo y frecuentes trastornos de personalidad**. La entrevista nos proporcionará una 1ª aproximación a las características psicopatológicas, aunque conviene completar la exploración mediante el **empleo de cuestionarios específicos**.

3.7 Evaluación de la motivación para el cambio

No se puede finalizar el proceso de evaluación sin explorar la **motivación para el cambio**. Tanto los pacientes que tienen obesidad como los que tienen otros problemas relacionados con la alimentación y el peso, como el TA y el SIN, van a tener que realizar **grandes cambios en su estilo de vida**.

En este contexto, el **Modelo Transteórico de Prochaska** nos proporciona un **marco teórico adecuado para explicarnos cómo las personas modifican una conducta problemática y adquirir comportamientos saludables**. Explica cómo las **personas pasan temporalmente por distintos estadios** (pre-contemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento) para **cambiar una conducta hasta que alcanzan el cambio que se han propuesto, desde la no intención de cambiar hasta la adquisición de la conducta saludable y su mantenimiento**. El modelo también permite explicar los **procesos de cambio por los que las personas pasan, realizando conductas, actividades y experiencias manifiestas y encubiertas para alcanzar una conducta positiva y saludable**.

A través de la **entrevista clínica** podemos conocer las motivaciones que tiene el paciente para acudir a tratamiento, los recursos que ha empleado hasta el momento para hacer frente a sus problemas de alimentación y peso y la **intencionalidad de cambio que presenta en el momento actual**.

Áreas de evaluación	Instrumentos
Comportamiento alimentario	▪ Autorregistros de alimentación ▪ Aplicaciones teléfonos móviles ▪ <i>Weight and Life Inventory</i> (WALI) ▪ <i>Dutch Eating Behavior Questionnaire</i> (DEBQ) ▪ <i>Three-factor Eating Questionnaire</i> (TFEQ) ▪ <i>Night Eating Questionnaire</i> (NEQ)
Conductas compensatorias	▪ Autorregistros de alimentación ▪ <i>Eating Disorders Examination Questionnaire</i> (EDE-Q) ▪ <i>Questionnaire on Eating and Weight Patterns Revised</i> (QEWP-E)
Actividad física	▪ Podómetros, reloj deportivo, o GPS ▪ Aplicaciones teléfonos móviles ▪ Autorregistros de actividad física ▪ <i>International Physical Activity Questionnaire</i> (IPAQ)
Imagen corporal	▪ <i>Eating Disorders Examination Questionnaire</i> (EDE-Q) ▪ Test de Siluetas ▪ <i>Weight and Life Inventory</i> (WALI) ▪ Escala de Insatisfacción Corporal del <i>Eating Disorders Inventory</i> (EDI-3). ▪ <i>Body Image Assessment Software</i> (BIAS) ▪ <i>Body Dissatisfaction Scale</i> ▪ <i>Body Shape Questionnaire</i> (BSQ) ▪ <i>Multidimensional Body Self Relations Questionnaire</i> (MBSRQ)
Psicopatología	▪ <i>State Trait Anxiety Inventory</i> (STAI-S, STAI-R) ▪ <i>Depression Anxiety Stress Scales</i> (DASS-21) ▪ <i>Impulsivity Control Scale</i> (ICS) ▪ <i>Structured Clinical Interview for DSM-5 Personality Disorders</i> (SCID-5-PD)
Autoestima e internalización del sesgo de peso	▪ Escala de autoestima ▪ <i>Bias Internalization Scale Modified</i> (WBIS)
Motivación para el cambio	▪ Cuestionario de Procesos de Cambio para el Control de Peso (P-Weight)

4. APROXIMACIONAL ESTADO ACTUAL DEL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD, EL TA Y EL SIN

4.1 Estado actual del tratamiento de la obesidad

En la actualidad el tratamiento más recomendado para tratar el sobrepeso y la obesidad es aquel que consiste en la suma de **terapia de conducta (TC), dieta y ejercicio físico**.

Este tipo de tratamiento tiene como objetivo el **cambio de estilo de vida** y ha probado su eficacia para conseguir **perdidas de peso del 10% sobre el peso inicial**, criterio de pérdida de peso recomendado que se considera que se puede alcanzar en un **plazo de 6 meses** y que **producen mejoras estadísticas y clínicas significativas en el estado físico y psicosocial de los pacientes**.

Mediante la TC se entrena a los pacientes en un conjunto de **principios y técnicas para facilitar el cambio de estilo de vida**, potenciando la adhesión a **nuevas pautas alimentarias y a la práctica continuada de actividad física**.

TÉCNICAS MÁS COMUNES DE PROGRAMAS CONDUCTUALES

Auto-registro de la alimentación, de la actividad física y del peso.
Estrategias de control de estímulos.
Cambios en el estilo de comer.
Educación sobre nutrición.
Pautas para el incremento de la actividad física.
Resolución de problemas.
Manejo de contingencias.
Apoyo social y o entrenamiento en estrategias para la prevención de recaídas.

Frecuentemente se incorporan a este tipo de tratamientos conductuales **estrategias cognitivas**, como por ejemplo **reestructuración cognitiva**, para incrementar su eficacia.

Los **programas tradicionales** para modificar el estilo de vida pueden ser administrados de **forma individual o grupal**, en grupos de **hasta 20 participantes**, y se desarrollan **semanalmente** durante un periodo de **16 a 26 sesiones**, las cuales tienen una duración de **60 minutos en su formato individual y 90 minutos en su forma grupal**. Aunque la mayoría de los tratamientos de terapia conductual contiene los mismos elementos, los formatos para los que han sido diseñados son distintos (tratamiento monitorizados o manuales de autoayuda, como el programa LEARN).

El desarrollo de las **nuevas tecnologías** ha facilitado el diseño de un buen nº de programas de tratamientos administrados vía correo electrónico e Internet. Ofrecen una serie de **ventajas a sus usuarios**: disponibilidad 24 horas, anonimato, no desplazamientos y son accesibles a un mayor nº de pacientes.

La mayoría de la investigación existente sobre el tratamiento de la obesidad pone de manifiesto las enormes dificultades que tienen las personas obesas para mantener las pérdidas de peso.

Para contrarrestar los resultados que se obtenían con los tratamientos conductuales, **Cooper y Fairburn** diseñaron un **tratamiento cognitivo-conductual (TCC) para la obesidad**. el tratamiento pretendía hacer frente a ciertos procesos psicológicos que consideraban que interferían con el mantenimiento de peso perdido.

Se diseñó con el **doble objetivo** de:

- **Facilitar la pérdida de peso.**
- **Minimizar la recuperación de peso perdido.**

Además de facilitar la pérdida de peso, el TCC ayuda a los pacientes a **aceptar y valorar cambios más modestos en el peso y la apariencia y a fomentar la adquisición y práctica de habilidades de mantenimiento de peso**. El TCC se debe administrar de **forma individual** y se requiere que el **terapeuta personalice el tratamiento** ajustándolo a las características del paciente.

El TCC consta de **1 sesión inicial** de evaluación, además **de 24 sesiones de tratamiento** para ser desarrolladas a lo largo de **44 semanas**, distribuidas en **2 fases**:

- **Fase I:** contiene 8 módulos, se desarrolla a lo largo de 30 semanas y **se centra en la pérdida de peso**.
- **Fase II:** contiene 1 módulo a desarrollar en 14 semanas y va **orientada al mantenimiento del peso perdido**.

MÓDULOS	DESCRIPCION
Módulos I a IV	Muy semejantes a los de los programas conductuales típicos como, por ejemplo, el programa LEARN.
Módulos V a VII	Más cognitivos y sus contenidos van dirigidos a aceptar los posibles obstáculos cognitivos para el mantenimiento del peso.
Módulo VIII	Potenciar una ingesta saludable, necesaria tanto para perder peso y mantener la pérdida.
Módulo IX	Supone la entrada en la Fase 2 del tratamiento y se focaliza únicamente en el mantenimiento del peso.

Comparación entre la TC y la TCC para la obesidad: Aunque ambos tipos de tratamientos parecen conducir a resultados equivalentes, se recomienda emplear la TC con estrategias cognitivas más que la TCC.

Los tratamientos conductuales y cognitivo-conductuales pueden ayudar a las personas con obesidad a alcanzar objetivos de pérdida de peso a corto plazo, pero **destacan las dificultades para lograr pérdidas de peso sostenidas a largo plazo**.

Existen **6 estrategias claves** para el **éxito en la pérdida de peso** de larga duración:

1. **Practicar altos niveles de actividad física.**
2. **Comer una dieta baja en grasas y calorías.**
3. **Desayunar.**
4. **Auto-registrar el peso de forma regular.**
5. **Mantener un patrón alimentario regular.**
6. **Hacer frente a las “caídas” antes de que se conviertan en recaídas con grandes recuperaciones de peso.**

Existen **escasos predictores pre-tratamiento de pérdida de peso** realmente identificados, los cuales explican no más del 25 al 30% de la variancia del peso perdido.

El **tratamiento farmacológico** nunca debe administrarse como única alternativa terapéutica; siempre debe ir **acompañado con pautas para la modificación del estilo de vida**. En Europa existen tres fármacos para el tratamiento de la obesidad:

1. **Orlistat**, el cual disminuye la absorción de las grasas ingeridas.
2. **Bupropion/Naltrexona (BN)**, que es una combinación de dos fármacos que reducen el apetito por su acción en el sistema nervioso central.
3. **Liraglutida 3 mg**, que disminuye el apetito por efecto sobre el hipotálamo y en lentece el vaciado gástrico generando sensación de plenitud y saciedad.

4.2 Estado actual del tratamiento del trastorno de atracones

- Los **más estudiados** son: la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) y la Terapia Interpersonal (TIP).
- **Otras formas de tratamiento:** la terapia de conducta (TC) para perder peso, los tratamientos de autoayuda (TAA), la terapia dialéctica conductual (TDC) y/o la terapia farmacológica.

El **programa de tratamiento de la TCC** fue elaborado tanto para los pacientes con bulimia nerviosa como para los que tienen TA. Posteriormente fue modificada hasta convertirse en **Terapia Cognitivo-Conductual Reforzada (TCC-R)**, que puede ser administrada a pacientes con cualquier tipo de trastorno alimentario. Esta **consta de 4 fases** para ser desarrolladas a lo largo de **20 sesiones, después de una sesión inicial de evaluación**.

- **La Fase I** -> 8 sesiones, 2 semanales a lo largo de 4 semanas. Tiene como objetivo implicar al paciente en el tratamiento y en el proceso de cambio, crear junto al paciente una formulación de los procesos implicados en el mantenimiento de los trastornos alimentarios, proporcionar educación sobre los mismos e introducir 2 actividades fundamentales para todo el tratamiento, "pesarse semanalmente" y "comer de forma regular".
- **La Fase II** -> 2 sesiones en 2 semanas, es una etapa de transición que tiene como objetivo revisar los progresos, identificar las barreras para el cambio, modificar la formulación si es conveniente y planificar la Fase III.
- **La Fase III** -> 8 sesiones de carácter semanal, tiene como objetivo hacer frente a los mecanismos clave que están manteniendo el trastorno alimentario del paciente. Cuerpo central del tratamiento.
- **La Fase IV** -> 2 sesiones para el mantenimiento de las ganancias terapéuticas y prevención de recaídas.

La **terapia interpersonal (TIP)** es la **opción a elegir cuando parece que la TCC no funciona**. Centra la intervención sobre los problemas interpersonales que presentan los pacientes. Se ha diseñado para ser administrada en un periodo limitado de tiempo, a lo largo de **15-20 sesiones, distribuidas en 4-5 meses**. **Consta de 3 fases:**

- **La Fase Inicial**, abarca las 5 primeras sesiones, que se dedican a identificar las áreas interpersonales problemáticas que serán abordadas. 4 son las áreas problemáticas identificadas:
 1. Las reacciones anormales a las pérdidas.
 2. El papel de la transición.
 3. El papel interpersonal de las discusiones.
 4. Los déficits interpersonales.
- **La Fase Intermedia**, se lleva a cabo a través de 8-10 sesiones trabajando en las áreas problemáticas identificadas. El objetivo central es enseñar a identificar las conexiones entre las áreas interpersonales y los problemas de alimentación.
- **La Fase de Terminación** se dedica a consolidar las ganancias realizadas durante el tratamiento y a preparar al paciente para que siga trabajando solo en el futuro.

El elevado porcentaje de personas que sufren TA y el solapamiento de este trastorno con la obesidad hacen que los **Tratamientos de Autoayuda** sean una buena opción para un importante nº de pacientes. Los TAA tienen como objetivo **enseñar a los usuarios habilidades específicas para hacer frente a las dificultades que encuentran para manejar sus problemas**. Los **contenidos de los TAA** son, por lo general, los siguientes:

Información sobre el trastorno BN y TA.	El patrón regular de alimentación.
Efectos sobre la salud de la sobre-ingesta y las conductas compensatorias.	Recomendaciones para pacientes con el problema muy resistente.
Tratamientos.	Solución de situaciones y pensamientos problemáticos.
Efectividad de la guía de autoayuda.	Prevención de recaídas y mantenimiento.
Razones para empezar el tratamiento.	Alimentos problemáticos.
El modelo cognitivo-conductual.	Preocupaciones por la imagen corporal.
El auto-registro diario de comida.	Manejo de las emociones.

La **Terapia Dialéctica Conductual estándar (TDC)** es una forma de tratamiento que **combina los principios conductuales con la filosofía dialéctica y estrategias de aceptación** derivadas del budismo Zen, como mindfulness. Esta forma de terapia se desarrolló originalmente para el tratamiento ambulatorio de mujeres con graves problemas emocionales e intentos de suicidio recurrentes, en concreto para pacientes con TPL. Posteriormente, fue adaptada al tratamiento de la BN y del TA.

La TDC centra su atención en la **regulación afectiva**. Se postula que los atracones son una conducta desadaptada que los sujetos utilizan para influenciar, cambiar o controlar estados emocionales negativos o dolorosos. A través de la breve sensación de bienestar o de reducción del malestar se mantiene la conducta. Mediante la TDC se pretende que los pacientes consigan **reducir los atracones y los problemas afectivos** relacionados mediante:

1. La adquisición y el fortalecimiento de métodos adaptativos de regulación emocional.
2. Aumentando la capacidad para tolerar las emociones negativas.
3. Aumentando la conciencia de las consecuencias aversivas del atracón a largo plazo y de las consecuencias positivas de los comportamientos alternativos.

La TCC y la TIP son las 2 formas de tratamiento que abordan directamente el trastorno alimentario. De ellos, la TCC es el tratamiento más estudiado para tratar a las personas que tienen TA y que la investigación ha mostrado sistemáticamente más eficaz para reducir la frecuencia de atracones y facilitar la mejoría en características relevantes del trastorno. Parece necesario mejorar la eficacia de la TCC con relación al porcentaje de pacientes que no se benefician de este tratamiento y al porcentaje de abandonos. De la comparación de ambas formas de tratamiento, distintos estudios controlados han demostrado que **ambos son realmente eficaces en la eliminación de los atracones y en la reducción de la psicopatología asociada tanto a corto como a largo plazo.**

Con relación a los TAA se han mostrado su eficacia para disminuir la frecuencia y duración de los atracones objetivos y la psicopatología asociada al TA. Estos resultados y su bajo coste han conducido a que la mayoría de guías de práctica clínica recomienden los TAA como 1ª opción de tratamiento; sin embargo, conviene saber que este tratamiento es eficaz solamente para un nº reducido de personas con TA.

1. **Los TAA (puros o guiados), en comparación con la lista de espera,** producen mejorías significativas en la sintomatología alimentaria, psicopatológica y en el funcionamiento interpersonal, aunque no producen mejoría en los atracones y conductas de purga.
2. **Al compararse con otros tratamientos psicológicos,** los TAA no producen mejoras significativas ni en los atracones ni en las conductas de purga, ni tan siquiera en sintomatología alimentaria, psicopatológica y en el funcionamiento interpersonal.
3. **La desigualdad entre las formas de TAA** empleados en los estudios controlados no permite determinar cuál de ambos formatos de tratamiento (puro o guiado) es más eficaz.
4. **Los breves periodos de seguimiento** realizados en la mayoría de los estudios no nos permiten saber si los cambios son temporales o si se sigue produciendo cambio durante el seguimiento.
5. **Se desconoce por el momento qué tipo de pacientes pueden beneficiarse más de los TAA,** aunque parecen obtener peores resultados aquellos que tienen una frecuencia alta de atracones, larga duración del trastorno, presentan trastornos de personalidad y del estado de ánimo y los que no tienen una buena adhesión.

Con relación a la **Medicación Antidepresiva**. Respecto al empleo de **antidepresivos tricíclicos** los primeros estudios realizados mostraron su utilidad para reducir los episodios de voracidad, pero no producían cambios significativos. En la actualidad se han realizado algunos meta-análisis para valorar el efecto de la **terapia farmacológica** para el tratamiento del TA. Algunas de las conclusiones derivadas de estos son:

1. El efecto de la medicación sobre la frecuencia de los atracones es a corto plazo superior al placebo.
2. La TCC es por sí sola un tratamiento más eficaz que el tratamiento farmacológico para reducir la sintomatología alimentaria.
3. Escasos estudios controlados y ausencia de información sobre los seguimientos de la medicación antidepresiva, anti-obesidad o cualquier otro tipo de fármaco.
4. Existe bastante evidencia sobre los efectos positivos de la medicación anti-obesidad y anticonvulsiva para facilitar la pérdida de peso en pacientes obesos con TA. Sin embargo, los ensayos clínicos muestran que los pacientes recuperan el peso perdido en el momento que cesan el tratamiento farmacológico.

5. Todavía no se han identificado los factores o variables que predicen qué pacientes pueden beneficiarse de los tratamientos farmacológicos, por lo que se requieren mayor nº de estudios controlados que puedan aportar evidencias en esta dirección.

Se han realizado un importante nº de estudios para tratar de identificar **variables predictoras** de la respuesta de los pacientes con TA a los distintos tipos de tratamiento. Encontraron que:

- Las personas cuyos atracones eran más graves, habían iniciado el TA más tempranamente y tenían una edad menor cuando empezaban el tratamiento obtenían peores resultados, mientras que la comorbilidad con otros trastornos psicológicos no parecía guardar ninguna relación con los mismos.
- Se ha podido establecer que las personas que tenían más problemas interpersonales y más preocupaciones por el peso y la figura obtenían peores resultados tanto con la TCC como con la TIP.
- También se observaron que los sujetos con mayor frecuencia de atracones, más patología relacionada con TCA y niveles más elevados de depresión, obtenían peores resultados.
- Las personas con más baja autoestima y más elevada psicopatología alimentaria se beneficiaban más de la TIP que de la TC y la TCC guiada.

Los resultados han mostrado que la **sobrevaloración del peso y la figura es el predictor/moderador más sobresaliente**; los participantes con sobrevaloración obtuvieron una reducción significativamente mayor de la psicopatología alimentaria y de los niveles de depresión si seguían la TCC.

4.3 Estado actual del tratamiento del síndrome de la ingesta nocturna

La TCC para el síndrome de ingesta nocturna fue elaborada para un **estudio piloto** por Allison et al. a partir del programa de autoayuda LEARN. Se realizó una adaptación a las características específicas del SIN para establecer en los pacientes unas **pautas alimentarias normalizadas a la alimentación diurna**, además de potenciar el empleo de **estrategias conductuales de control estimular y de la aplicación de barreras para no tener acceso a la comida**.

El tratamiento del estudio piloto constaba de **10 sesiones**, desarrolladas **semanalmente las 8 primeras**, y **quincenalmente las 2 últimas**. **16 participantes** formaron parte del estudio piloto de los cuales **9 lo completaron**.

El único tratamiento de TAA que existe en estos momentos para el SIN esta basado en la TCC (eficacia no verificada). Aborda **7 áreas básicas**, con los siguientes componentes:

1. Psico-educación sobre el SIN, la alimentación saludable y la higiene del sueño.
2. Auto-registro de la conducta alimentaria a partir del cual se establecen los objetivos de alimentación a lo largo del día y la disminución progresiva de la ingesta por la noche.
3. Respiración y relajación muscular progresiva para disminuir la ansiedad y estrés que pueda generar la disminución de la ingesta nocturna.
4. Instrucciones sobre la higiene del sueño, supresión de alimentos y bebidas estimulantes y prescripción de pautas de sueño y seguimiento de rituales a la hora de dormir.
5. Reestructuración cognitiva para modificar la creencia de que para dormir es necesario comer, y también para modificar pensamientos negativos asociados al bajo estado de ánimo.
6. Práctica de actividad física para mejorar el estado de ánimo y el bienestar emocional.
7. Instigación para la búsqueda de apoyos sociales en el entorno más próximo. Asimismo, se recomienda tomar medicación cuando se estima oportuno.

Dos son los **estudios controlados** existente con un tratamiento psicológico para abordar el SIN:

1. El realizado con 20 participantes por Pawlow basándose en técnicas de respiración controlada y relajación muscular progresiva para disminuir los niveles de estrés que la ingesta nocturna produce en el paciente, justo a la hora de dormir.
2. El de Vander realizado con 44 participantes con relajación muscular, psicoeducación y ejercicio para reducir la cantidad de alimentos que se ingieren después de cenar.

Los resultados de ambos estudios mostraron mejorías significativas.

Es posible que la **Terapia de Luz Brillante (fototerapia)** pueda ayudar a corregir los desajustes circadianos del ciclo alimentario y de las medidas neuroendocrinas que se dan en los pacientes con SIN.

Con relación a la **Terapia Farmacológica**, existe varios estudios que sugieren que el **tratamiento con ISRS** pueden ser de utilidad para disminuir la ingesta nocturna de los pacientes con SIN.

Los estudios que han empleado **Paroxetina y Fluvoxetina** han mostrado que los pacientes pararon su ingesta nocturna.

Otros estudios controlados que emplearon **Sertralina** observaron reducciones significativas en las puntuaciones del NESS – Night Eating Symptom Scale (J), el nº de despertares nocturnos y el % de ingesta calórica realizada después de cenar.

5. PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE TRATAMIENTO PARA LA OBESIDAD, EL TA Y EL SIN

Los sujetos con **TA responden bien a los tratamientos** desarrollados para la **bulimia nerviosa**, pero **fracasan ante programas** tradicional de **perder peso**. Por ello, aunque la evidencia no es todavía concluyente, parece necesario que el tratamiento del TA, en personas con obesidad, o bien preceda al tratamiento de la obesidad o bien se promueva conjuntamente la pérdida de peso o al menos se prevenga la ganancia de este.

Además, conviene tener presente la posible **presencia de síndrome de ingesta nocturna** en el paciente que vamos a tratar ya que sabemos que en personas obesas que acuden a clínicas de obesidad, la prevalencia de SIN puede oscilar entre el 8,9% y el 43%.

La propuesta es muy concreta y tiene presente tanto al sujeto que solamente tiene TA como a la persona con obesidad con o sin TA. Además, cuando la presencia de SIN sea un problema, será el clínico el que tendrá que realizar los ajustes necesarios en función de sus características específicas.

Elementos de los **nuevos programas de pérdida de peso** tienen **fundamentación empírica**:

1. Una completa evaluación psicológica.	5. Profesionales bien entrenados en TCC.
2. Un componente cognitivo conductual completo.	6. Sesiones semanales durante al menos 1 año
3. Un componente nutricional completo.	7. Proporcionar asistencia para promover apoyo y manejo de situaciones sociales.
4. Énfasis claro en el incremento de la actividad física.	8. Empleo de dietas de muy bajo contenido calórico, cuando sea conveniente.

Además de los elementos señalados, hay **otros dos que son fundamentales**:

1. La filosofía general del tratamiento cuyo objetivo deberá ser el **cambio de estilo de vida**.
2. El desarrollo de habilidades para el **control de la recaída**.

La TCC siempre se ha caracterizado por centrarse en el **cambio de los pensamientos, emociones y conducta desadaptada**. Estos cambios son por naturaleza limitados, siendo necesario que los profesionales promuevan la **auto-aceptación** mediante la **Terapia Dialéctica Conductual** para que se produzca realmente el cambio.

El foco de atención de la TDC está en el **equilibrio entre auto-aceptación y cambio**. Ello quiere decir que cualquier sujeto debe tener presente que, **en el inicio y mantenimiento de un trastorno dado, confluyen multitud de factores de toda índole, algunos de los cuales nunca podrán ser modificados (genéticos)**.

Los **objetivos generales** son: la **modificación del estilo de vida**, la **reducción del peso**, la **supresión de los atracones** para pacientes con TA y el **restablecimiento de un patrón circadiano de alimentación** para pacientes con SIN.

5.1 Psico-educación sobre el trastorno

Debe ir orientada a proporcionar información veraz sobre las causas, hasta el momento conocidas, de la obesidad y/o el TA y/o el SIN. Hay que destacar la multiplicidad de factores que pueden afectar a estos trastornos.

Bajo esta perspectiva, es importante informar al sujeto de:

- La importancia de los **factores genéticos** en la dotación del peso corporal.
- Qué es el **balance energético** y la importancia de la **ingesta, actividad física y tasa metabólica**.
- Los **efectos negativos** de la restricción alimentaria y del número de **dieta**.
- El papel de **juega la estimulación medioambiental** en la conducta de ingesta del sujeto.
- Cómo **estados emocionales positivos o negativos** pueden favorecer el incremento o disminución de la ingesta.

-> **Con relación al TA:** conviene poner énfasis en cómo la autoevaluación negativa conduce a priorizar la preocupación por el peso y la figura sobre otro tipo de valores, lo cual facilita el desarrollo de un comportamiento alimentario caótico, creando el círculo vicioso atracón-afecto negativo-preocupación por el peso y la figura, que será necesario interrumpir.

-> **Respecto al SIN:** es necesario mostrar a los pacientes las características del trastorno, su posible origen genético, las consecuencias que genera en los patrones de sueño, la salud física y psicológica.

Después de facilitar esta información, conviene analizar con el sujeto qué **factores** son los que se dan en su problema. El empleo de la estrategia puede hacerse extensiva al TA y al SIN teniendo presentes las particularidades de uno y otro trastorno.

Uno de los objetivos de este análisis es **descubrir aquellos posibles errores y falsas atribuciones** que el sujeto hace de su problema y que deberán ser modificados.

Se informará al paciente: del tiempo que durará el tratamiento, los costes, las prescripciones a cumplir y el esfuerzo personal necesario, así como los beneficios que podrá obtener.

Conviene hacer saber al sujeto que seguir un tratamiento para perder peso es una tarea difícil, que supondrá gran dedicación y esfuerzo. **Perdidas de peso pequeñas pueden tener cambios importantes en la salud.**

A continuación, se analizará con el sujeto cuáles son, desde su punto de vista, los **aspectos positivos y negativos** que puede tener para él seguir un **tratamiento**. Parece fundamental que la valoración ponga de manifiesto que el sujeto encuentra más aspectos positivos que negativos y que, además, entre sus **razones fundamentales se encuentren** aquellas relativas a **la salud** más que las relativas a motivos estéticos.

5.2 Planteamiento de objetivos

Generalmente, el único objetivo del paciente con obesidad, tanto si tiene TA o no, es perder los kilos de más que tiene, con el mínimo de esfuerzo y la máxima rapidez. Sin embargo, se hace saber a los profesionales que, en cuanto al peso, propongan a los sujetos con sobrepeso **reducciones del 5 al 10% de su peso corporal**.

Numerosos estudios ponen de manifiesto que **los objetivos y expectativas de los pacientes generalmente no concuerdan con la recomendación de los profesionales**. Es necesario ayudar a los pacientes a **aceptar cambios de peso más modestos, pero que puedan ser mantenidos**. Es importante destacar que el tratamiento va orientado al cambio de estilo de vida y a pérdidas de peso lentas pero estables.

OBJETIVOS GENERALES PARA:

Tratamiento para obesidad	1) La modificación del estilo de vida del sujeto, mediante el cambio en los patrones alimentarios y de actividad física. 2) Reducción del peso corporal para alcanzar una pérdida de peso del 5-10% del peso inicial en un periodo de 6 meses, prorrogables a otros 6, si es necesario. 3) Mantenimiento de la pérdida de peso por un periodo prolongado de tiempo. 4) Promoción de la auto-aceptación para mantener la motivación y mejorar el bienestar psicológico y social. 5) Dotación de habilidades de prevención de la recaída para lograr que los cambios sean más permanentes.
Tratamiento para Trastorno por Atracón	1) La supresión de los atracones. 2) La pérdida de peso o prevención de futuras ganancias de peso. 3) La mejora de la condición física. 4) La disminución del malestar psicológico.
Tratamiento para Síndrome de Ingesta	1) Cambio del patrón circadiano de ingesta de alimentos a un horario matutino. 2) Disociación entre el hábito de comer y el inicio del sueño. 3) Recuperación del patrón de sueño nocturno. 4) Disminución del malestar psicológico.
Pacientes con TA y con SIN	1) El desarrollo de un estilo de alimentación más estructurado. 2) Adquisición de patrones de actividad física moderados.

El **énfasis de las intervenciones** se pone en el **cambio de las conductas y actitudes** que facilitan la **consecución de los objetivos** señalados. Por ello, será necesario dedicar un tiempo a **fixar los objetivos terapéuticos**, para lo cual el clínico deberá tener **en consideración algunas premisas**:

- Los **objetivos** se deben fijar de forma **individualizada**, debiendo ser así incluso en los tratamientos grupales.
- Se deben plantear **objetivos realistas**.
- Se deben proponer **cambios pequeños progresivos** que se puedan cumplir.
- Los objetivos deben **plantearse de forma precisa** y deben estar **bien especificados**.
- **Implicación activa** en el tratamiento, dedicando tiempo y esfuerzo.
- Será necesario aprender a **recompensarse por los cambios** conseguidos y a perdonarse los pequeños fracasos.
- Será necesario **buscar apoyos sociales** que contribuyan a facilitar el cumplimiento de los objetivos.

5.3 Promoción de la autoaceptación

Una vez fijados los objetivos es necesario iniciar el programa de tratamiento propiamente dicho. La promoción de la auto-aceptación supondrá una **parte importante del trabajo a realizar durante toda la terapia**. Algunos de los **aspectos que deberán ser aceptados** en el curso de la terapia son:

1. **El peso y la figura no se pueden moldear a voluntad**, incluso empleando métodos extremos para perder peso.
2. **La distribución de la grasa corporal está bajo un control genético** muy poderoso, lo cual implica que, aunque se pierda peso no se podrán alcanzar los cambios del tamaño y forma corporal deseados.
3. **Para perder peso es necesario** modificar el **comportamiento alimentario**, disminuir la ingesta e incrementar la **actividad física**.
4. Se debe perder peso por **motivos de salud** más que por motivos estéticos.
5. Los **cambios en el peso** que se pueden alcanzar **son limitados** y se mantienen con dificultad.

Para alcanzar la auto-aceptación se emplearán **técnicas educativas** para modificar el comportamiento alimentario y los patrones de actividad física, **técnicas de reestructuración cognitiva** para modificar el pensamiento dicotómico propio de los sujetos con trastornos alimentarios y para mejorar la autoestima y aceptar la imagen corporal y, finalmente, se deberá **potenciar la relación terapéutica** para **facilitar la auto-aceptación y mejorar la adherencia**.

5.4 Modificación del tipo de alimentación y estilos de comer

- La primera área sobre la que se debe intervenir, en sujetos con TA, con SIN y con obesidad, es la alimentaria.
- La segunda área sobre la que se tiene que intervenir es el estilo de alimentación de la persona.

Los programas de TCC dedican, en la **1ª fase de la intervención**, una parte importante de las sesiones a la **modificación del estilo de comer y del tipo de alimentos** que se consumen. Con respecto al **tipo de alimentación**, el objetivo de esta fase será proporcionar al sujeto **educación nutricional** que facilite cambios progresivos.

La promoción de un estilo alimentario basado en la **dieta mediterránea** será fundamental y, por tanto, se documentará a los pacientes sobre los grupos básicos de alimentos, el contenido nutricional de los mismos y la pirámide de los alimentos.

Además de la información, la tarea del clínico consistirá en **revisar con el sujeto los auto-registros realizados durante la fase de evaluación** para determinar el tipo de alimentos que consume en exceso, aquellos en los que presenta déficit y el contenido calórico de la alimentación.

- Se mostrará al sujeto **cómo se analizan los requerimientos calóricos** diarios para mantener el peso estable, perder peso o incrementar el peso
- Se enseñará al sujeto a **elaborar una programación alimentaria** que se ajuste a sus requerimientos calóricos para perder peso.
- **Se fijarán los objetivos semanales** a seguir, los cuales se incluirán en un contrato conductual, también semanal, que se revisará en cada sesión.

Los **hábitos alimentarios** constituyen otra de las áreas básicas. Un buen análisis de estos se puede realizar **a partir de la información obtenida durante la fase de evaluación sobre:** los horarios de las ingestas, la frecuencia de estas, el estilo de comer, la conducta de ingesta frente a estimulación ambiental externa o interna etc., permitirán al sujeto tomar conciencia de su comportamiento alimentario. El clínico puede realizar un **registro con los hábitos alimentarios inadecuados** y sobre los cuales se debe intervenir.

Posteriormente, **se programará un cambio en el estilo de alimentación** para cada semana de la intervención. Conviene empezar por la organización de los horarios de las ingestas, si éstos son inconsistentes o si el paciente omite alguna de las ingestas principales. La recomendación básica es que se deben realizar las **3 ingestas principales** al día, **más 2 pequeños tentempiés** que prevendrán la aparición de posibles atracones.

Finalizado el análisis se proporcionarán al paciente:

1. Pautas de **control de estímulos**.
2. Pautas para **modificar el estilo de comer**.
3. **Análisis de cadenas conductuales** para identificar situaciones y/o estados emocionales que inciten a comer en exceso.
4. Entrenamiento en la **búsqueda de conductas alternativas**.
5. **Identificación de los alimentos auto-prohibidos** y posterior entrenamiento en **exposición** a los mismos.

los **objetivos de modificación del estilo de comer** se incluirán semanalmente en el **contrato conductual** que se establezca y **serán sumativos**; el objetivo que se proponga para la primera semana se sumará al de la segunda semana, y así sucesivamente. Además, el entrenamiento en control de estímulos y demás procedimientos implica que **solamente se prescribirá un cambio por semana**. No se asignará una nueva tarea hasta que la previa no se cumpla, al menos, en un 85% de las veces durante la semana.

5.5 Modificación de los patrones de actividad física

La adherencia al ejercicio físico es uno de los factores que marcan la diferencia, entre los sujetos exitosos y no exitosos

El objetivo de esta fase será proporcionar al sujeto **educación acerca de los efectos beneficiosos del ejercicio físico** en la aptitud física y en la salud. Un cambio de actitud como un primer paso para la **modificación de sus comportamientos sedentarios**. Asimismo, deberá **evaluarse la motivación y expectativas**.

Un **requisito fundamental** inicial para trabajar en esta área es que **el terapeuta tenga los conocimientos y formación** básicos sobre la actividad y el ejercicio físicos. Además, **debe conocer los niveles de intensidad, duración y frecuencia** óptimos para la práctica de ejercicio físico.

La estrategia a seguir para conseguir los niveles óptimos de actividad, mediante el tratamiento conductual, consiste en la **inclusión paulatina de las pautas de ejercicio** seguido de forma regular.

El cambio conductual pretende incrementar la actividad física de 2 formas:

1. **Instigando al paciente para que incremente su ejercicio cotidiano.** Favorece el cambio de estilo sedentario, aunque produce cambios de peso escasos.
Para poner en práctica esta estrategia conviene destacar al paciente 2 cosas:
 - A. Es **necesario aprovechar cualquier oportunidad** que se presente para ser un poco más activo -> emplear las escaleras en lugar del ascensor,
 - B. **Andar de forma regular**, incluso en pequeñas distancias (dar unos cuantos pequeños paseos producen el mismo efecto que dar un paseo largo).Sugerir que la persona adquiera un podómetro y lo utilice de forma regular puede incrementar la motivación.
2. **Diseñar un programa específico de ejercicio físico estructurado** para cada sujeto incrementando **gradualmente la calidad y cantidad de ejercicio a realizar**. Tiene la ventaja de permitir que cada individuo seleccione el tipo de ejercicio que va a realizar y la cantidad por la que va a empezar.

Semanalmente, se programará con el paciente la actividad física que se va a realizar, estipulando el tipo de actividad física estructurada y cotidiana, su intensidad, su duración, su frecuencia, y los días y momentos en los que se realizará. Estas especificaciones facilitarán el cumplimiento y formarán parte del contrato terapéutico semanal. El paciente cumplimentará durante la semana un **auto-registro** de actividad física.

La función de los auto-registros es doble:

1. **Permite comprobar si el paciente ha cumplido las prescripciones estipuladas.**
2. **Ejerce un efecto terapéutico sobre el paciente**, la obligación de su cumplimiento fuerza al paciente a cumplir las prescripciones.

- ❖ **Al inicio del tratamiento**, el paciente elegirá **un lugar para practicar el ejercicio** de localización cómoda.
- ❖ **Seleccionará el ejercicio a su gusto**, para que le resulte agradable, pudiendo incorporar variaciones que quedarán establecidas en las prescripciones.
- ❖ **A medida que avanza el tratamiento**, se le instruirá en el concepto **de calorías consumidas** según el tipo de ejercicio y en cómo se transforma el tiempo de un determinado **tipo de ejercicio en consumo calórico**.
- ❖ Al principio, para conseguir que se cumplan las prescripciones será necesario que el **terapeuta haga uso de estrategias para mejorar la adhesión al tratamiento**.
- ❖ **El control estricto de los patrones de actividad física se irá suavizando** a medida que el paciente adquiera mayor conciencia de sus beneficios, tenga un mayor control interno del cumplimiento de las prescripciones y realice las pautas de actividad física como un hábito más.

5.6 Mejora de la condición psicológica

El objetivo de la intervención en esta área debe ser doble:

1. **Identificar con el sujeto los estados emocionales y las situaciones generadoras de ansiedad** que favorezcan la aparición de rumiaciones sobre la ingesta, para poder dotar al sujeto de habilidades conductuales y cognitivas para hacer frente a esos estados emocionales.

Para lograrlo:

- Se iniciará un análisis de las situaciones y los estados emocionales tanto positivos como negativos.
- El **entrenamiento en relajación** puede ser de utilidad para reducir la activación emocional del sujeto, si ésta es elevada. En pacientes con SIN, la respiración controlada y la relajación muscular progresiva se enseña para aplicarla justo a la hora de dormir.
- Enseñar estrategias de resolución de problemas conductuales y cognitivos y realizar una reestructuración cognitiva de los pensamientos desadaptados,
- Analizar cadenas comportamentales y procesos de pensamiento. Permitirá mostrar al sujeto qué estrategias de las que ha aprendido debe poner en práctica y en qué momento.

2. **Promover la auto-aceptación y la mejora de la autoestima.**

Para lograrlo:

- Se deberá analizar con el sujeto los sentimientos y pensamientos de ineficacia, culpa, frustración, tristeza e incluso, depresión. Pueden ser consecuencia de fracasos en tratamientos anteriores o consecuencia de haberse planteado metas irreales, de haber experimentado realmente rechazo.
- La reestructuración cognitiva es una de las estrategias más adecuadas para trabajar en esta área. Permite detectar, analizar y modificar creencias irracionales, distorsiones cognitivas y diálogos internos inapropiados.
- Se detectarán, examinarán y definirán los procesos cognitivos del sujeto; posteriormente, se le entrenará en la identificación y análisis de los pensamientos erróneos o poco realistas, discutiéndolos y contrastándolos con parámetros objetivos para facilitar el cambio.
- El terapeuta deberá trabajar con el sujeto las consecuencias físicas y psicológicas que le producen el mantenimiento de determinados tipos de pensamientos y actitudes.

El programa desarrollado por **Rosen** con mujeres obesas para mejorar su imagen corporal, fue pionero en el tratamiento de estos aspectos. Este programa consiste en:

1. Proporcionar información que permitiera cuestionar los estereotipos negativos hacia la obesidad.
2. Modificar los pensamientos intrusivos sobre insatisfacción corporal y las creencias de sobrevaloración de la apariencia física.
3. Exponer al sujeto a situaciones relacionadas con la imagen corporal que evitaba.
4. Eliminar las conductas de chequeo.

El programa de TCC para la obesidad de Cooper y los programas de Fairburn de TCC y TCC-R para los trastornos de la conducta alimentaria, abordan tanto las **preocupaciones relacionadas con la insatisfacción con la imagen corporal** como los **aspectos relativos a la auto-aceptación positiva**. La diferenciación de la imagen corporal como algo distinto de la apariencia física será el punto de partida de este análisis.

Los procesos que contribuyen al desarrollo de una imagen corporal negativa son:

1. La presión social de la sociedad en general para seguir unos determinados modelos estéticos.
2. La presión social del contexto del paciente.
3. Las características físicas distintivas de cada persona.
4. Incidentes del pasado de la persona que puedan haber contribuido a formarse una imagen corporal negativa.

5.7 Estrategias de prevención de recaídas

El modelo de **Marlatt y Gordon** de **Trastornos Adictivos** propone incorporar a los TCC las siguientes estrategias de prevención de la recaída:

1. Identificación de las situaciones de alto riesgo.
2. Entrenamiento en resolución de problemas para hacer frente a las situaciones de alto riesgo.
3. Práctica en el afrontamiento de transgresiones potenciales.
4. Desarrollo de habilidades cognitivas de afrontamiento para hacer frente a los contratiempos.

Probablemente los fracasos son consecuencia de entrenamientos en muchas estrategias de prevención de recaídas en un breve espacio de tiempo, sin permitir que adquieran habilidad y dominio suficiente para emplearlas en su casa.

Desde el **modelo de prevención de recaídas de Head y Brookhart** se incorporan 4 elementos fundamentales:

1. Evaluación del estilo de vida y recomendaciones para reducir las actividades e intereses que correlacionan con la sobre-ingesta y la falta de ejercicio, reemplazándolas por actividades e intereses que apoyen un físico más delgado y saludable.
2. Reconocimiento de situaciones de alto riesgo comunes a toda la población y específicas de cada individuo.
3. Generación de estrategias apropiadas para afrontar las situaciones de alto riesgo específicas.
4. Práctica en vivo y/o imaginaria del empleo de estrategias en situaciones de alto riesgo.

Para **iniciar el entrenamiento en las estrategias de prevención de la recaída**, el clínico debe tomar la decisión de cuándo conviene incorporarlas al programa. Algunos criterios que pueden ser de utilidad son:

1. Se han modificado o desaparecido los indicadores de salud alterados.
2. Se ha alcanzado el peso meta.
3. El sujeto ha cambiado y mantiene el contenido de su alimentación.
4. El sujeto ha adoptado y mantiene unos patrones alimentarios más correctos y un nivel de actividad física que responde al gasto energético aproximado de 2000 calorías a la semana.
5. El sujeto tiene habilidades de auto-reforzamiento y tiene apoyo social que le ayuda a mantener el cambio.

Esta fase debe ser lo suficientemente larga como para que el sujeto adquiera habilidad y dominio en el manejo de las estrategias entrenadas; no debe finalizar sin informar al sujeto de los elementos principales que han sido detectados como favorecedores del mantenimiento del cambio.

ESTRATEGIAS FUNDAMENTALES PARA EL ÉXITO EN EL MANTENIMIENTO DEL PESO PERDIDO

1. Practicar altos niveles de actividad física.
2. Comer una dieta baja en grasas y calorías.
3. Desayunar.
4. Auto-registrar el peso de forma regular.
5. Mantener un patrón alimentario regular.
6. Hacer frente a las "caídas" antes de que se conviertan en recaídas con grandes recuperaciones de peso.

5.8 Finalización del tratamiento y seguimiento

Antes de dar por terminado el tratamiento se debe realizar con el paciente un **balance** de este y **analizar con él si se han alcanzado los objetivos** previstos. Finalizado el análisis **se iniciará la programación del seguimiento**, con sesiones orientadas a constatar que el sujeto sigue teniendo **control sobre los cambios en su estilo de vida**.

- 1ª fase de seguimiento conviene realizar **sesiones mensuales** que faciliten el mantenimiento de los cambios.
- Entre estas sesiones mensuales, el sujeto y el terapeuta pueden mantener **contactos mediante correo electrónico** para **analizar los auto-registros** de alimentación y actividad física del sujeto.
- **A partir del año** de seguimiento es cuando se ha observado que los sujetos presentan **mayores dificultades**. Por este motivo, es necesario alertar al sujeto sobre esta posibilidad y establecer unas sesiones, cada 6 meses, para valorar con el sujeto el control que sigue teniendo sobre su nuevo estilo de vida.

6. CONSIDERACIONES FINALES EN EL ESTUDIO Y TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD, EL TA Y EL SIN

6.1 El futuro de la investigación en el ámbito de la obesidad

La mayoría de gente que sigue un tratamiento para la obesidad es capaz de perder peso, pero tan sólo un pequeño porcentaje es capaz de mantener los cambios. Por ello, es ampliamente aceptado que **la obesidad es un trastorno crónico**. Consecuencia de este planteamiento, **se ha prolongado la duración de los tratamientos** conductuales y cognitivo-conductuales e incluso, al finalizar los mismos, **se ha incrementado el apoyo post-tratamiento** que se proporciona a los pacientes. Esta estrategia **ha permitido que se demore el tiempo para recuperar el peso**, aunque **los efectos obtenidos han sido limitados y no persisten** en la mayoría de los casos.

La **identificación de factores pre y post tratamiento** que expliquen por qué solamente un porcentaje de personas son capaces de mantener la pérdida puede ser de **gran interés**. También identificar los **mecanismos psicológicos y los distintos procesos de cambio** que emplean las personas en el curso del tratamiento. Muchos mecanismos repercuten en la **motivación**, la **entrevista motivacional (EM)** puede ser de ayuda.

Las **nuevas tecnologías** en el ámbito de la obesidad han facilitado que un mayor nº de personas con este trastorno hayan podido acceder a tratamientos administrados a través de webs diseñadas para tal fin.

Las intervenciones intensivas y que administraban el feedback por profesionales obtenían la primera posición en el ranking, lo que demuestra la relevancia de la retroalimentación frecuente, personalizada y profesional y su asociación con un mejor pronóstico para las personas con sobrepeso y obesidad.

El tratamiento de la obesidad en sí ha demostrado ser en gran medida **resistente a la terapia con medicamentos** contra la obesidad que a menudo ofrecen una eficacia insuficiente y una seguridad dudosa. Los avances recientes están inspirando la **búsqueda de fármacos anti-obesidad** de próxima generación, que sean capaces de lograr de manera segura una pérdida de peso corporal considerable y sostenida.

6.2 El futuro de la investigación en del trastorno de atracones

El TA debe ser considerado como una **entidad diagnóstica distinta de la bulimia nerviosa** y como tal ha sido **incluido en el DSM-5**, todavía queda mucho por estudiar respecto a esta problemática de la conducta alimentaria.

La mayoría de los estudios realizados sobre este trastorno, confirman que **es poco reconocible por los clínicos** y, en consecuencia, **poco tratado**. De ello se deducen dos prioridades:

1. **La necesidad de poder clarificar las características clínicas y las comorbilidades de las personas que tienen TA.**
2. **La necesidad de informar y formar a los profesionales que trabajan en el campo de la salud, para que sean capaces de detectar a las personas que tiene TA.**

Muchas personas con TA pueden **otros trastornos comórbidos** que no se tratan o se tratan de forma insuficiente, lo cual **posiblemente exacerben los atracones**. También, muchas personas con TA y trastornos comórbidos pueden estar **más abiertos a buscar tratamiento para el otro trastorno de salud mental, en lugar de para el TA**.

También creemos que es **necesario seguir realizando mayor número de investigaciones** que permitan clarificar con mayor precisión la etiología, curso y mantenimiento del trastorno.

Variables predictoras de éxito de tratamiento a corto y largo plazo: altos niveles de deseos por adelgazar y conocimiento interoceptivo, bajos niveles de patología asociada a los atracones y bajos niveles de insatisfacción corporal en mujeres.

La investigación debe orientarse a consensuar que la **primera elección de tratamiento para el TA** debe pasar por la **TCC en su formato de autoayuda**, para aplicar posteriormente la **TCC-M o la TIP** cuando la primera opción no ha producido la disminución requerida de los atracones.

Con relación a la **medicación**, en casos de TA moderado y grave, la **farmacoterapia** puede considerarse como en combinación con intervenciones psicológicas o como única forma de tratamiento. En los últimos años se han probado distintos tipos de **fármacos** para disminuir la frecuencia de atracones y la psicopatología asociada. El único fármaco aprobado para el tratamiento de adultos con TA moderado y grave es el **dimesilato de lisdexanfetamina (LDX)**, empleado para el tratamiento del TDAH.

6.3 El futuro de la investigación en el síndrome de ingesta nocturna

El conocimiento disponible sobre el SIN es mucho menor que con relación a la obesidad y el TA. La inclusión de criterios unitarios para identificar a las personas que sufren SIN en el DSM-5, ha facilitado mayor conocimiento de la existencia de este problema.

Se ha encontrado una **asociación positiva entre la mala calidad del sueño y elevadas puntuaciones de NES** que se mantuvieron durante la pandemia del COVID-19. También se ha observado que las **personas que durante la pandemia dormían mal y tenían un IMC mayor, tenían mayor vulnerabilidad para desarrollar SIN.**

Aunque la relación entre el SIN y la obesidad está bien establecida, las **investigaciones más recientes incorporan otras variables:** el nivel de actividad, la restricción dietética, la psicopatología, la severidad del insomnio, los genes, etc.

En relación con la **psicopatología comórbida**, un gran número de estudios ha establecido **relación entre SIN y aumento en índices de ansiedad, depresión y abuso de sustancias.** Por ello, no es sorprendente que muchos pacientes con SIN presenten un mayor malestar psicológico y preocupaciones psiquiátricas comórbidas, sugiriendo que **este ámbito requiere mayor investigación.**

Por último, en relación con los tratamientos, las intervenciones farmacológicas y conductuales han seguido siendo las más habituales, considerando que **los tratamientos iban dirigidos a la regulación de los ritmos circadianos, el estado de ánimo, el estrés y las cogniciones desadaptadas.**

1. INTRODUCCIÓN

El sueño es función corporal básica de nuestro organismo que, junto a la alimentación y eliminación de los desechos, garantiza nuestra supervivencia. En condiciones normales pasamos cerca de 1/3 del día durmiendo.

Es regulado por el núcleo supraquiasmático del hipotálamo (NSH) y se ajusta por acción de los "zeitgebers" o estímulos sincronizadores, siendo el principal la luz. El ritmo circadiano del sueño se denomina sueño-vigilia.

Durante el sueño se pueden diferenciar dos estadios: REM (rapid eye movements; movimiento ocular rápido), regulado por el área parabraquial, y No-REM (no-rapid eye movements; sin movimiento ocular rápido), regulado por el área preótica ventrolateral.

ESTADIOS DEL SUEÑO NO-REM -> aprox 75% del sueño	
N1	corresponde al estado de somnolencia y ocupa aproximadamente un 5% del ITS.
N2	o sueño ligero es representada por husos de sueño y complejos K, y ocupa un 45-55%.
N3	es el sueño profundo o reparador, se observa con ondas delta de alto voltaje y representa el 15-20% del ITS.

En cuanto al sueño REM, supone entre el 20-25% del ITS y se le asigna la consolidación de la memoria y la regulación emocional. Suele presentarse a los 60-120 minutos del inicio del sueño y el tiempo de su ciclo va aumentando conforme avanzan los ciclos.

Respecto las horas de sueño necesarias para lograr un estado de bienestar varía en función de la de edad y de la persona.

RECOMENDACIONES HORAS DE SUEÑO SEGÚN EDAD:

Etapas	Edad	Horas de sueño
Recién nacido	0 - 3 meses	14 - 17
Lactantes	4 - 11 meses	12 - 15
Niños pequeños	1 - 2 años	11 - 14
Pre-escolares	3 - 5 años	10 - 13
Escolares	6 - 13 años	9 - 11
Adolescentes	14 - 17 años	8 - 10
Adulto	18 - 64 años	7 - 9
Ancianos	> 65 años	7 - 8

Los problemas de sueño son una queja muy frecuente, especialmente en las sociedades occidentales, donde su prevalencia puede estar aumentando debido a los cambios en el estilo de vida.

2. CARACTERIZACIÓN DE LOS PRINCIPALES TRASTORNOS DEL SUEÑO

La primera Clasificación Diagnóstica de los Trastornos del Sueño fue publicada en el 1979. En el 1990 se publica la Clasificación Internacional de Trastornos del Sueño, incluyendo más de 100 trastornos del sueño divididos en 4 categorías. En su tercera edición, ICSD-3 (AASM, 2014), clasifica siete categorías principales.

En relación con las categorías del DSM, es necesario señalar que los trastornos del sueño aparecieron por primera vez en el DSM-III-R, y en el DSM-5 se cambió la denominación por la de trastornos del sueño-vigilia, además de añadir nuevos diagnósticos e introducir cambios estructurales.

El CIE-11 dedica un capítulo para los Trastornos del ciclo de sueño y vigilia, agrupándolos en 6 categorías.

CLASIFICACION INTERNACIONES DE LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO:

DSM-5	ICSD-3	CIE-11
- Trastorno de insomnio - Trastorno de hipersomnia - Narcolepsia - Trastornos del sueño relacionados con la respiración: apnea e hipopnea obstructiva del sueño; apnea central del sueño; hipoventilación relacionada con el sueño - Trastornos del ritmo circadiano de sueño-vigilia - Parasomnias: Trastornos de despertar del sueño no rem; trastorno de pesadillas; trastornos del comportamiento del sueño REM; síndrome de las piernas inquietas - Trastorno del sueño inducido por sustancias/ medicamentos - Otro trastorno de insomnio especificado - Trastorno de insomnio no especificado - Otro trastorno de hipersomnia - Trastorno de hipersomnia no especificado - Otro trastorno del sueño-vigilia especificado - Trastorno del sueño-vigilia no especificado	1. Trastornos del insomnio 2. Trastornos respiratorios relacionados con el sueño 3. Trastornos centrales de la hipersomnolencia 4. Trastornos del ritmo circadiano sueño-vigilia 5. Parasomnia 6. Trastornos del movimiento relacionados con el sueño 7. Otros trastornos del sueño	1. Trastornos del insomnio 2. Trastornos de hipersomnolencia 3. Trastornos respiratorios relacionados con el sueño 4. Trastornos del ritmo circadiano del sueño-vigilia 5. Trastornos del movimiento relacionados con el sueño 6. Trastornos de parasomnia

En este capítulo se distinguirán **dos grandes grupos**:

1. Las **disomnias**, que afectan la cantidad, calidad y tiempo del sueño.
2. Las **parasomnias**, que afectan la transición entre el sueño y el despertar.

2.1 Disomnias

Se refiere a las alteraciones del sueño relacionadas con la cantidad, calidad u horario del sueño.

En esta categoría se incluyen el **insomnio**, la **hipersomnia** y los **trastornos del sueño relacionados con la respiración**.

2.1.1 Insomnio

El DSM-5 define el insomnio como **dificultades para iniciar el sueño, mantener el sueño o un despertar temprano por la mañana**. Este problema **se presenta al menos 3 noches a la semana** y está **asociado a un malestar significativo**.

Es considerado **episódico** si se presenta entre 1 mes y 3 meses, y **persistente** si persiste más de 3 meses. El insomnio se puede presentar de manera aislada o debido a una enfermedad comórbida.

Dos tipos de insomnio, el insomnio **de corta duración** y el insomnio **de larga duración**. Ambos tipos tienen en común la **hiperactivación** y los **cambios de comportamiento relacionados con el sueño**.

2.1.2 Insomnio de corta duración

Se define por la **dificultad para el inicio o el mantenimiento del sueño**, dando lugar a una **insatisfacción con el sueño** y su **duración es inferior a 3 meses**. La **prevalencia** se sitúa aproximadamente **entre el 15% y el 20%**, siendo **más frecuente en mujeres y grupos de mayor edad**.

2.1.3 Insomnio crónico

Se define por **dificultades en el inicio o en el mantenimiento del sueño**, con **síntomas diurnos** y una **frecuencia superior a 3 veces por semana y al menos durante 3 meses**.

Factores que suelen presentar en común las personas que tienen un trastorno de insomnio crónico:

- **Fluctuaciones cada noche en su sueño**
- **Una elevada latencia del sueño**
- **Tasas metabólicas incrementadas en 24 horas**
- **Tasas elevadas de depresión y ansiedad**
- **Puntuación elevada en escalas de hipervigilancia**
- **La tomografía de emisión de positrones muestra un aumento del consumo de glucosa global en la transición de la vigilia al sueño**
- **Un patrón de frecuencias beta o rápidas en el inicio del sueño medidas a través del electroencefalograma.**

2.1.4 Trastornos del sueño relacionados con la respiración síndrome de apnea-hipoapnea obstructivo del sueño (SAHOS)

Es un grupo de **trastornos caracterizados por un ritmo respiratorio anómalo**, debido a **apneas o hipoapneas**, provocando una **ventilación insuficiente durante el sueño** e interrupciones de los ciclos del sueño.

- ✚ Una **apnea** es cuando la persona deja de respirar 10 segundos o más, con despertares para inspirar.
- ✚ La **hipopnea** es cuando la persona tiene una respiración superficial con un despertar transitorio o una desaturación de oxígeno.

La **apnea obstructiva del sueño** se caracteriza por la **presencia de al menos 5 apneas o hipoapneas obstructivas por hora de sueño**, junto a alteraciones nocturnas de la respiración y somnolencia diurna, fatiga o sueño no reparador.

Se estima una **prevalencia** del 4% de los hombres y el 2% de las mujeres, siendo **mayor en personas mayores**

2.1.5 Hipersomnia. Narcolepsia

Es un trastorno caracterizado por una **somnolencia diurna excesiva**, a pesar de dormir las horas adecuadas y sin alteraciones durante el sueño. El paciente experimenta periodos recurrentes de sueño, sensación de sueño no reparador y dificultad para estar despierto tras un despertar brusco. Con una **frecuencia superior a tres veces a la semana** durante más de 3 meses. Se observa una **prevalencia** del **10-25%**, siendo más común en mujeres.

La **narcolepsia** es una enfermedad **genética y crónica** con inicio en la juventud y una **prevalencia** de alrededor del **0,02%**, afecta por igual a hombre y mujeres. Siendo el **tipo de hipersomnia más frecuente**. Cursa con ataques bruscos de sueño, cataplejía, parálisis del sueño y alucinaciones al entrar en el sueño.

2.1.6 Cambios en los patrones de sueño

Desajuste entre el patrón de sueño de la persona y el patrón del sueño deseado o considerado ajustado a la norma social. El principal problema es la incapacidad de permanecer despierto o de conciliar el sueño cuando se desea o se espera.

Trastornos: Síndrome de cambio de huso horario (Jet-lag), Trastorno del sueño por turnos, Patrón irregular de sueño-vigilia, Síndrome de fase de sueño retardada, Síndrome de la fase avanzada del sueño, Trastorno del sueño-vigilia sin 24 horas.

2.2 Parasomnias

Agrupamos los trastornos relacionando con comportamientos o fenómenos fisiológicos anormales que **tienen lugar en los periodos de sueño o en las fases de transición del sueño a vigia**. Se incluyen las **pesadillas, el sonambulismo, los terrores nocturnos, y el síndrome de piernas inquietas, entre otros**.

2.2.1 Terrores nocturnos

Se trata de un fenómeno que **generalmente ocurre durante el primer tercio de la noche**.

La persona experimenta episodios recurrentes de **despertar brusco con terror**, llantos o gritos de pánico. Estos episodios son **acompañados de aumento de la frecuencia cardíaca, la respiración y sudoración**.

Su **prevalencia** oscila en torno al **1 % en población adulta**, es más propio de la infancia.

2.2.2 Sexomnia

Suelen ocurrir especialmente durante la primera mitad de la noche, ocurriendo, por tanto, **durante el sueño No-REM**.

La sexomnia **se caracteriza por una activación a nivel motor durante el sueño en el que la persona lleva a cabo conductas sexuales involuntarias y también inapropiadas**. La conducta tiene lugar cuando la persona se ha dormido, intentando llevar a cabo o practicando conductas sexuales inapropiadas o poco habituales, **sin tener recuerdo posterior de ello al día siguiente**. Las conductas sexuales **van desde la masturbación hasta el intento de mantener relaciones sexuales** con otra persona.

Es posible que esta parasomnia esté infradiagnosticada por la vergüenza que pueda provocar a los pacientes. Por este motivo, **existe escasa información sobre la epidemiología**.

Es frecuente que existan antecedentes de somniloquia y sonambulismo. Sería recomendable que los pacientes con sexomnia fueran sometidos a una polisomnografía para poder determinar si existen otros trastornos del sueño comórbidos y si guardan relación con los episodios de sexomnia. De hecho, a menudo la sexomnia forma parte de un síndrome combinado con otras parasomnias.

En una serie de casos reportados se encontró una **prevalencia mayor de mujeres**, siendo común mostrar **sentimientos de vergüenza, culpa e incluso depresión**. Sin embargo, **en los casos reportados hasta el momento, existe un mayor predominio en hombres**.

2.2.3 Pesadillas

Es una parasomnia generalmente **asociada al sueño REM**, que **se caracteriza por la aparición repetida de sueños prolongados relacionados con amenazas contra la vida**, la seguridad e integridad física. Son sumamente disforicos y al despertarse la persona se orienta rápidamente, está alerta y los recuerda bien.

Suele cursar con síntomas como la alteración del estado de ánimo, alteraciones cognitivas, somnolencia diurna y fatiga o baja energía. Afecta aproximadamente el **4% de la población**.

2.2.4 Síndrome de las piernas inquietas

Se caracteriza por la **intensa necesidad de mover las piernas**, normalmente junto a sensaciones incómodas en las piernas. Estos síntomas se presentan **durante la noche**, en los momentos de descanso o inactividad, interfiriendo significativamente en el sueño.

Este trastorno se puede ser un síntoma de deficiencia de hierro, aunque puede deberse también a un síntoma secundario de insuficiencia renal o, del uso de antidepresivos.

En el **50%** de los pacientes hay **antecedentes familiares**. La **prevalencia global** varía entre el **2 y el 11 %**, en función de la ubicación geográfica y poblaciones incluidas.

2.2.5 Sonambulismo

Este trastorno se da en la fase profunda del sueño, se trata de episodios repetidos en los cuales **la persona se levanta de la cama y camina dormida**.

Es difícil despertarles durante el episodio. No hay recuerdo de lo ocurrido o el recuerdo es mínimo.

Es **más frecuente en la infancia** y normalmente desaparece con la edad, presentando una **prevalencia en la población adulta** aproximadamente del **4%**.

3. EVALUACIÓN

Aproximadamente entre el **35-40% de la población** presenta un trastorno del sueño a lo largo de su vida, siendo **más presentes en mujeres** que en hombres y a medida que se avanza en edad.

Generalmente no es necesario recurrir a técnicas complicadas o costosas. También existen instrumentos con medidas objetivas, la **polisomnografía** y la **actigrafía** para medir la actividad física y las funciones corporales durante el sueño.

Se debe recoger información por diferentes canales para conocer:

- **Frecuencia y duración** de los síntomas.
- **Factores** predisponentes, precipitantes y perpetuantes.
- **Patrón del sueño** antes de desarrollar el trastorno para comparar con el periodo sintomático.
- **Comportamientos y rituales** en torno del sueño antes y después del periodo sintomático.
- Detectar los **pensamientos disfuncionales** antes del sueño.

3.1 Entrevista

Las **entrevistas clínicas estructuradas** facilitan obtener un diagnóstico fiable.

PRIMERAS ENTREVISTAS	BASADAS EN DSM-IV-R y la ICSD-2:	BASADA EN EL DSM-5
Entrevista Estructurada para los Trastornos del Sueño: basada en el DSM-III-R. 20-30 minutos en administrarla. Diseñada para ser aplicada por profesionales. Insomnia Interview Schedule: basada en el DSM-IV y la ICSD. 20-30 minutos en ser aplicada. Está diseñada para la evaluación específica del insomnio.	Duke Structured Interview Schedule: requiere de 30 a 90 minutos, siendo su longitud la principal limitación. Principalmente se centra en el insomnio. Entrevista Diagnóstica para Patrones y Trastornos del Sueño: uso más limitado por los especialistas del sueño. Su aplicación requiere de 30 minutos.	Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Sueño: se diseñó para ser aplicada con una formación mínima, con una duración de unos 10-20 minutos. Es una entrevista clínica breve y estructurada.

Las **entrevistas semiestructuradas** son útiles para obtener información clínicamente relevante, sin embargo, es necesario complementar indagando sobre otras áreas que permitan obtener información esencial sobre los factores psicológicos, conductuales, del entorno y médicos:

- Antecedentes familiares.
- Antecedentes personales.
- Enfermedades médicas.
- Trastornos mentales o presencia de síntomas psicopatológicos.
- Historia de consumo de sustancias y tóxicos.
- Tratamientos farmacológicos.
- Entorno sociofamiliar y laboral.
- Estilo de vida.

En cuanto a la **entrevista clínica**, sería imprescindible indagar qué **dificultades muestra la persona a la hora de dormir**, para ello a continuación se enumeran aspectos que se han de explorar en la entrevista:

- Persona presenta dificultades para iniciar el sueño.
- Presenta despertares durante la noche, es decir si presenta un sueño fragmentado.
- Persona tiene despertar precoz, es decir si se despierta muy pronto y ya no consigue volver a dormirse.
- Cuando se levanta, considera que su sueño ha sido o no reparador.

3.2 Historia del sueño

Preguntas clave sobre la historia del sueño:

- Frecuencia y duración de los síntomas diurnos y nocturnos.
- Comportamientos y rituales en torno del sueño.
- Pensamientos antes de acostarse o mientras se está en la cama.
- El efecto del trastorno del sueño en el funcionamiento diurno.
- El estado de ánimo durante el día.
- Historia previa del sueño.
- Otros síntomas o acontecimientos nocturnos.

3.3 Diario de sueño

Es necesario conocer los **horarios de sueño y vigilia durante las 24 horas de cada día durante dos semanas**. Este diario debe se puede diseñar en función de las necesidades de la persona y debe incluir información sobre:

- Hora de acostarse.
- Tiempo en dormirse.
- Número de despertares y lo que tarde en dormirse de nuevo.
- Hora de levantarse.
- Si duerme durante el día y cuánto tiempo.
- Grado de descanso.
- Si hay síntomas durante el sueño: ronquidos, sudoración, inquietud, etc.

3.4 Escalas

Entre las pruebas más amplias que se utilizan en adultos, están:

Escala de Somnolencia de Epworth: Medir la somnolencia diurna. Consta de 8 ítems, con una escala del 1 a 3. Evaluar la probabilidad de quedarse dormido en varias situaciones.	El cuestionario de Monterrey: Desarrollado para medir la frecuencia de síntomas de trastornos del sueño. Consta de 30 ítems con una escala Likert de 1 a 5, y el puntaje total varía de 30 a 150. A más puntuación mayor sintomatología de trastornos del sueño.
Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh: Cuestionario autoadministrado. Consta de 19 ítems que analizan diferentes factores determinantes de la calidad del sueño agrupados en siete componentes.	El Índice de Gravedad del Insomnio: Cuestionario breve, sencillo y autoadministrado. Consta de siete ítems una escala tipo Likert de cuatro puntos.
Morningness/Eveningness Questionnaire: Consta de 19 ítems desarrollados para clasificar a las personas según matutinos o vespertinos en los ritmos circadianos. Una puntuación más alta indica un mayor grado de matutino y una puntuación más baja indica un mayor grado de vespertino.	La prueba de Creencias y Actitudes Disfuncionales sobre el Sueño: Consta de 16 ítems con una escala Likert de 10 puntos. Evalúa 5 factores cognitivos: conceptos erróneos sobre las causas del insomnio, amplificación de sus consecuencias, expectativas poco realistas, control y previsibilidad del sueño, y creencias incorrectas sobre las estrategias que inducen el sueño.

Con toda esta información, en relación con los antecedentes, consecuencias, beneficios secundarios, factores desencadenantes y los factores que perpetúan el trastorno, se debe de realizar el **análisis funcional**.

4. MODELOS EXPLICATIVOS

Todos estos modelos tienen en común la perspectiva integradora desde la que consideran que los problemas de insomnio tienen una naturaleza multidimensional, es decir, que son el resultado de la interacción de muchos elementos.

- Modelos de los Tres Factores.
- Modelos Integrador del Insomnio.
- Modelos Conductual Interactivo del Sueño.

4.1 Modelo de los Tres Factores

Trata de explicar por qué ocurre el insomnio y **que factores juegan un papel en su cronicidad**. Es un modelo de diátesis-estrés que se compone de tres factores: factores predisponentes, factores precipitantes, y factores perpetuantes.

ESQUEMA DE INTERACCION DEL MODELOS DE LAS 3Ps



Los dos primeros factores, la predisposición y la precipitación, juegan un papel en la expresión de un primer episodio de insomnio. El tercer factor, la perpetuación, tiene que ver con cómo la conducta modela la cronicidad.



FACTORES PREDISPOSANTES	FACTORES PRECIPITANTES	FACTORES PERPETUANTES
Elementos Biológicos: como pueden ser la tasa metabólica basal , la hiperreactividad . Otros elementos biológicos tienen que ver con el sexo (+ en mujeres) . Elementos Psicológicos: son elementos de carácter cognitivo . Elementos Sociales: estos elementos tienen que ver con conductas de interacción como pueden ser si el individuo duerme solo o duerme con alguien .	Estos factores tienen que ver con qué precipita la aparición del problema de insomnio en un primer momento. Por ejemplo: el estrés, un problema médico o de salud mental.	Estos factores tienen que ver con las acciones que toma el individuo para compensar el problema de insomnio con el que ya se encuentra. Algunos ejemplos pueden ser: el número de horas que pasa en la cama o la realización de actividades que no inducen el sueño en el dormitorio.

Este modelo ha recibido **mucho apoyo** por parte de la comunidad científica. La forma en la que está planteado el modelo permite introducir una terapia farmacológica y psicológica enfocada a abordar estos factores.

Principales críticas:

1. Se cuestiona si esa eficacia observada en el manejo clínico implica que el modelo es acertado.
2. El modelo no provee una potencial explicación a cómo un individuo pasa de tener un estado de sueño normal a un primer episodio de insomnio.

4.2 Modelo Integrador del Insomnio

Morin propone un modelo explicativo microanalítico del insomnio basado en el esquema **estímulo-organismo-respuesta-consecuencia**, cuyos elementos son propios de análisis funcional de la conducta.

Parte de la idea que **la activación fisiológica adecuadamente regulada equilibra los procesos de sueño y vigilia**. Así mismo **un nivel de activación excesivo interrumpe el ciclo sueño-vigilia**. Los estímulos y situaciones que rodean a la persona influyen en la activación, la cual se manifiesta en **distintos niveles de respuesta**: a **nivel fisiológico** (tasa cardíaca, respiración, etc.) y a **nivel cognitivo** (pensamientos intrusivos).

En este punto, la persona comienza a llevar a cabo una serie de **conductas compensatorias** que puede paliar el problema de insomnio a corto plazo, pero no necesariamente eliminarlo o tratarlo. Cuando la persona lleva a cabo acciones y conductas de compensación, se produce un **proceso de condicionamiento**. La persona puede terminar cronificando un problema de insomnio al condicionar la conducta.

4.3 Modelo Conductual Interactivo del sueño

Desde una perspectiva conductual Buela-Casal y Sierra proponen un modelo explicativo del sueño basado en **cuatro elementos principales: tiempo, organismo, conducta y ambiente**. De esta forma, el **sueño sería el resultado de la integración e interacción adecuada entre estos factores**.



Figura 3. Esquema explicativo del Modelo Integrador del insomnio (adaptado de Morin, 1993)

- ❖ **El Tiempo Circadiano:** Existe una franja temporal interna en los seres vivos que marca un ritmo de periodo sueño-vigilia. En el caso de los seres humanos, tiene una duración de 24 horas. Esta franja de tiempo es lo que conocemos como **nictémero**. El tiempo circadiano se refiere a la cantidad de tiempo, dentro del nictémero, durante la cual la persona permanece dormida. También tiene que ver con el momento (del día o de la noche) durante el cual la persona permanece dormida.
- ❖ **El Organismo:** Factores intrínsecos como pueden ser: la edad de la persona, el nivel de activación durante la vigilia, cómo distribuye las fases del sueño o las preferencias de la persona en cuanto al cómo le gusta dormir.
- ❖ **Las Conductas:** que realiza la persona y que pueden afectar al sueño. Conductas facilitadoras e inhibidoras del sueño.
- ❖ **Ambiente:** Este elemento recoge todos los aspectos relacionados con el entorno en el que la persona duerme. Por un lado, están los aspectos propiamente **físicos**, y, por otro, están los aspectos **contextuales**. El modelo de Buela-Casal permite realizar una buena evaluación para identificar qué elemento/s está/n fallando.

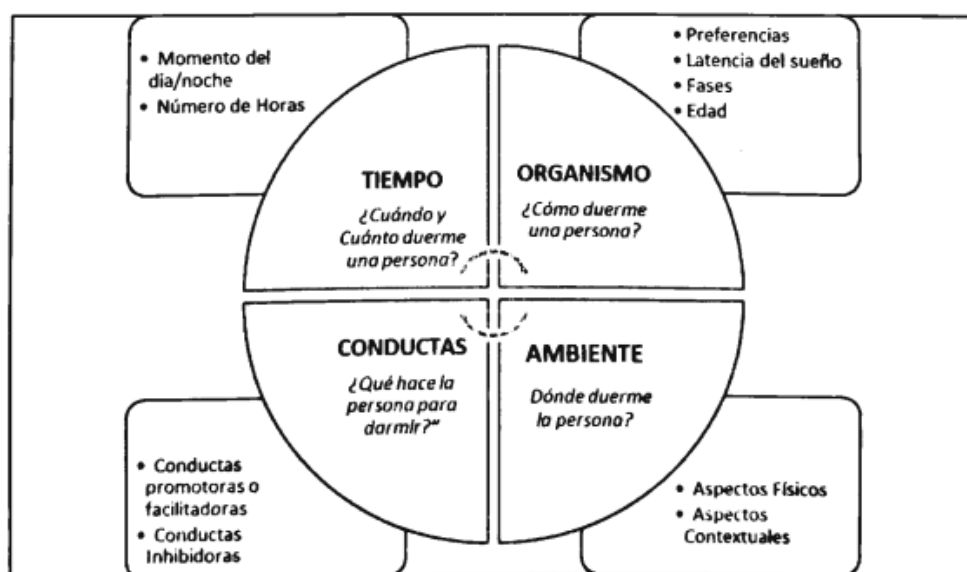


Figura 4. Esquema descriptivo de los elementos del Modelo Conductual Interactivo (adaptado de Buela-Casal y Sierra, 2001)

5. TRATAMIENTO DE LOS PROBLEMAS DE SUEÑO

Variadas estrategias de intervención **adaptadas a las necesidades de cada individuo**. La implicación de todos los aspectos psicológicos, en el origen, pero sobre todo en el mantenimiento de los trastornos del sueño, hace que los tratamientos farmacológicos resulten en la mayoría de los casos insuficiente.

Un primer paso importante es proporcionar al paciente información comprensible a su nivel, es decir realizar una **psicoeducación del sueño**. Esta información **tiene por objetivo que el paciente entienda el origen de su problema, además de conocer el tratamiento que se va a llevar a cabo**. Durante la psicoeducación **es necesario implicarle en el proceso de toma de decisiones**.

-
- Explicación sobre la estructura y fisiología del sueño.
 - La influencia de la edad en el sueño.
 - Número de horas de sueño necesarias y variaciones individuales para tener un sueño reparador.
 - La prevalencia de los trastornos del sueño.
 - El sueño como reflejo del funcionamiento del individuo.
 - La importancia de los procesos psicológicos en el sueño.
 - Los procesos mentales que causan la aparición de un círculo vicioso.
 - El lugar que ocupa la medicación, sus posibles efectos secundarios o el efecto de sustancias como el alcohol.
 - Aclaración de las metas, objetivos y expectativas del paciente.
-

Tabla 4. *Contenidos de psicoeducación en los problemas de sueño (adaptado de Sociedad Española del Sueño, 2016)*

5.1 Disomnias



5.1.1 Tratamiento del insomnio

Resulta habitual que el **primer profesional al que consultan los pacientes suele ser el médico de atención primaria**. Esto determina que **el tratamiento más frecuentemente utilizado, sea el tratamiento farmacológico y más concretamente el uso de benzodiacepinas** (tiene efectos secundarios)

Algunas de las **ventajas de los tratamientos psicológicos frente a los farmacológicos** son:

- Un **coste más reducido** que el farmacológico.
- **Ausencia de efectos secundarios** en las intervenciones psicológicas.
- **Un menor número de recaídas y mantenimiento de los beneficios a largo plazo**.
- **Una mayor implicación del paciente**

La TCC dirigida al insomnio es el tratamiento de referencia ya que ha demostrado su validez de forma empírica.

TCC como tratamiento de primera línea. Los metaanálisis estudiados también mostraron mejoras en las tasas de respuesta y remisión cuando los pacientes fueron atendidos con TCC, mostrando mejoras incluso en pacientes que presentaban trastornos psiquiátricos comórbidos al insomnio.

Además, los **beneficios de la TCC se mantienen a largo plazo, hasta 18 meses después de finalizado el tratamiento, pudiendo de este modo reducir el tratamiento farmacológico**. Sin embargo, **debido a las dificultades de acceso en el tratamiento con TCC, y la accesibilidad del tratamiento farmacológico, este último sigue siendo el tratamiento preferente del insomnio**.

La TCC ha mostrado ser **eficaz en los diferentes formatos de aplicación: tanto individual como grupo, como en formato autoayuda**.

En un metaanálisis en el que se examinaba la eficacia de la TCC en formato grupal comparada con grupo de control se encontró que **la TCC producía mejoras significativas**; muestra una **mejora en la calidad** del sueño de las personas con insomnio usando TCC, pero **no de la cantidad** de este.

Los objetivos principales del tratamiento del insomnio son:

1. Potenciar la calidad del sueño de la persona.
2. Mejorar los síntomas que pueda presentar por el día.

Consecuencias mas relevantes que puede mostrar una persona con insomnio:

- Menos calidad de vida, ansiedad y depresión.
- Sensación se fatiga y cansancio -> incrementa la accidentalidad en el transito
- Dificultad de concentración, deterior de la capacidad mnésica y disminución del disfrute social.

Las técnicas psicológicas para el tratamiento del insomnio se anclan en el "**modelo conceptual de las tres P**".

La TCC, centrada en el tratamiento del insomnio, tiene cuatro objetivos principalmente:

1. Mejorar la conducta y actitud del paciente frente al sueño.
2. Cambiar en la concepción que el paciente presenta sobre el sueño, así como trabajar las posibles creencias distorsionadas frente al mismo.
3. Mejorar el ritmo circadiano de la persona.
4. Reparar el sistema de alerta dirigiéndolo hacia la relajación mental y física.

Técnicas cognitivo-conductuales:

Psicoeducación	Psicoeducación sobre el sueño, explicando las diferentes fases que este tiene, así como que una latencia en iniciar del sueño (hasta 30 minutos se consideraría dentro de la normalidad). Este conocimiento permite desterrar falsos mitos.
Relajación	El objetivo de la relajación es poder minimizar o disminuir la tensión, activación y vigilancia que pueda estar sintiendo la persona y que le impida dormir. Al reducir el arousal fisiológico de estos pacientes, se facilita que puedan iniciar el sueño. Para aquellos pacientes que presenten también dolor crónico , se recomienda el uso de relajación pasiva . Existen algunas estrategias que se dirigen a abordar la activación más cognitiva como serían la meditación o la imaginación guiada .
Control de estímulos	Se basa en la teoría de aprendizaje y expone que la dificultad para dormir proviene de que la cama y la habituación se han condicionado con señales de excitación o de ansiedad, impidiendo de este modo conciliar el sueño. Esta técnica ha mejorado la latencia de inducción del sueño, el sueño de ondas lentas y la eficacia del sueño. Esta técnica consiste en una serie de instrucciones que buscan pautar una hora para dormir y despertarse consistente . Instrucciones que se le da al paciente: 1. Debe irse a la cama únicamente cuando tenga sueño. 2. No quedarse en la cama despierto más de 15-20 minutos. Una vez transcurrido este tiempo si la persona no consigue dormirse, entonces, debe levantarse. 3. Acostarse y levantarse siempre a la misma hora, independientemente de lo que haya dormido para ayudar a su cuerpo a establecer un ritmo constante de sueño. 4. Si el paciente no consigue quedarse dormido, levantarse y realizar alguna actividad relajante y tranquila en otra habitación diferente. 5. Se debe usar el dormitorio únicamente para dormir o para tener relaciones sexuales, no para realizar otras actividades. 6. Evite hacer siestas durante el día.

Higiene del sueño	Consiste en una serie de recomendaciones generales en cuanto al estilo de vida de la persona, así como ambientales respecto a la habitación destinada a dormir. El objetivo de esta técnica sería aumentar aquellas conductas y condiciones que promuevan una mejor calidad del sueño. Es un tratamiento necesario, pero no suficiente por sí solo en el tratamiento del sueño. <u>Las pautas de higiene del sueño son las siguientes:</u> 1. Mantener una regularidad horaria para dormirse y despertarse. 2. Evitar el consumo de alcohol al menos 4 horas antes de acostarse, así como de tabaco. 3. Se deben evitar también otros estimulantes como el café o el chocolate al menos unas seis horas antes al acostarse. 4. Evitar alimentos muy azucarados, picantes o que puedan producir pesadez. 5. Es importante prestar atención a la ropa para ir a dormir. 6. Realizar ejercicio de forma regular. 7. Mantener la habitación ventilada, así como con una temperatura adecuada. 8. Tratar de evitar los ruidos, así como la iluminación potente.
Restricción del sueño	Esta técnica tiene como objetivo consolidar el sueño al limitar el tiempo en cama y conseguir igualarlo con el tiempo que dura el sueño. Al limitar el tiempo que la persona pasa en cama, se genera una deuda de sueño, por lo que se va creando un mayor impulso de dormir. Esta técnica usada por sí sola ha demostrado que disminuye la latencia de sueño, así como que consigue una mayor duración y eficacia del sueño. Para llevarla a cabo, sería importante realizar previamente un registro del sueño diario. Una fortaleza de esta técnica es que es consistente con los modelos de regulación de sueño-vigilia. Un mayor tiempo despierto y levantado fuera de la cama mejora el impulso del sueño con la consecuencia de un sueño posterior mas intenso. Este tratamiento puede estar contraindicado para algunas personas, como aquellas que trabajan en profesiones de riesgo.
Terapia cognitiva	Las personas que presentan insomnio es posible que presenten cogniciones y actitudes que aumentan o promueven la preocupación sobre su propia habilidad para quedarse dormidos. Esta técnica se centra, por tanto, en identificar este tipo de cogniciones desadaptativas y modificarlas por otras más funcionales. Esta técnica no ha mostrado su eficacia por sí sola para el tratamiento del insomnio.
Intención paradójica	El objetivo es que el paciente pueda perderle el miedo, la preocupación y la ansiedad anticipatoria por no dormir. Para ello se solicitará al paciente que realice acciones incompatibles con dormir. Se basa en la constatación de que cuando tratamos de no pensar en algo, paradójicamente aumentamos y potenciamos la presencia de esa idea en la mente. Por ello se animaría al paciente a que realice lo que está temiendo. La efectividad de esta técnica recae en el cumplimiento de las instrucciones y, para ello, es especialmente importante que exista una adecuada relación terapéutica.
Terapias de tercera generación	Se incluyen el mindfulness y la Terapia de Aceptación y Compromiso. Se persigue que la persona cambie el tipo de relación que tiene con sus pensamientos y emociones usando para ello técnicas como la flexibilidad cognitiva y la autoeficacia. El objetivo sería dejar de luchar contra el insomnio y reducir el control del sujeto. Las técnicas de atención plena han mostrado su eficacia sobre el insomnio, especialmente en las cogniciones disfuncionales. La terapia basada en atención plena para el insomnio ha mostrado efectos positivos: un incremento del tiempo de sueño total, así como una menor latencia de sueño. Aunque hacen falta más estudios, especialmente estudios aleatorizados controlados, en la actualidad la evidencia sugiere que las técnicas de atención plena pueden ayudar a reducir el insomnio y a mejorar la calidad de sueño.

Reentrenamiento intensivo del sueño	Es un tratamiento intensivo para abordar el insomnio de unas 24 horas de duración. Se basa en una privación aguda del sueño que permita facilitar el comienzo posterior del sueño contrarrestando, de este modo, la respuesta condicionada del insomnio. Se ha utilizado para el insomnio crónico. Tiene por objetivo mejorar la homeostasis del sueño trabajando las percepciones erróneas del sueño, así como mejorando las dificultades para conciliar el mismo. La técnica se basa en ofrecer al paciente múltiples oportunidades de conciliar el sueño. Al poco tiempo de que el paciente se haya dormido se le despierta. Dado que duerme muy poca cantidad de sueño, esta escasa cantidad no le alivia el sueño acumulado, por lo que la presión del sueño va aumentando a lo largo de la noche, teniendo como resultado que el paciente cada vez inicie el sueño más rápido. En un estudio de casos, este tratamiento ha obtenido mejoras rápidas y también sostenidas en el tiempo en las variables de sueño.
-------------------------------------	---

5.1.1.1 Insomnio en ancianos

En un estudio llevado a cabo en la **población mayor de 65 años** se encontró un **porcentaje elevado (93%) de comorbilidad del insomnio con otras patologías u otros factores**. Uno de estos factores era la jubilación. Una posible explicación es que, cuando la persona se jubila deja de tener una serie de marcadores externos que le ayudan a **mantener unos ritmos circadianos adecuados**.

Según vamos avanzando en edad, y cuando llegamos a la vejez, **cambia el patrón de sueño** ya que este se redistribuye a lo largo de todo el día, por lo que **se ve reducida la duración del sueño nocturno**.

No obstante, las medidas de higiene del sueño serían especialmente recomendables para esta población.

- Si el anciano tiene problemas por la frecuencia urinaria, se recomienda que reduzca el consumo de líquidos por la tarde.
- Hacer algo de ejercicio a lo largo del día, pero evitar realizar ejercicio al menos tres horas antes de irse a la cama.
- Evitar las siestas, limitando el sueño de después de comer a 20 o 30 minutos como máximo.
- Tener un horario lo más estable posible tanto para acostarse como para levantarse durante la semana.
- Permanecer en la cama únicamente el tiempo necesario.
- Valorar si puede haber algún fármaco que toma el paciente durante el día que pueda estarle provocando sueño diurno.
- Establecer una rutina previa a irse a dormir que ayude a relajarse y a indicar que se acerca la hora de acostarse.

El tratamiento más recomendado y que ha mostrado su validez es la **TCC**, inclusive en pacientes con comorbilidad con otras patologías. A pesar de ser una técnica eficaz, su **uso es reducido por las elevadas tasas de abandono** que produce y entre los principales motivos encontramos que la **no inmediatez de la efectividad** de la TCC.

En ancianos, el **uso de psicofármacos** para tratar el insomnio es **más extendido**.

Los aspectos que se deben tener en cuenta cuando se utilizan fármacos:

- La edad y características del paciente.
- Las características del fármaco en sí mismo.
- Las características propias del insomnio. Valorar si es crónico o agudo.

5.1.1.2 Farmacoterapia del insomnio

Dado que los fármacos son uno de los tratamientos que más se prescriben en la actualidad para el tratamiento del insomnio, el psicólogo debe estar familiarizado con estos fármacos. **Tanto las benzodiacepinas como los agonistas de los receptores de las benzodiacepinas han demostrado que son seguros y efectivos.**

Los fármacos **no deberían ser la primera opción** de tratamiento para el insomnio.

Las principales medidas que se deben tener en cuenta con el uso de fármacos:

1. Se tratará de pautar la **dosis terapéutica más baja** posible.
2. En la medida de lo posible, tratar de usar **dosis intermitentes**.
3. Tratar de que la duración del **tratamiento sea lo más breve** posible.
4. **No abandonar el tratamiento de forma abrupta** porque puede provocar un efecto rebote de sus síntomas.
5. Mantener la **vigilancia por posible tolerancia y dependencia**.
6. Se debe seleccionar un **fármaco que conserve la arquitectura del sueño** de la persona, con un inicio rápido pero que no deje somnolencia diurna en la persona.

Fármacos de primera línea: Benzodiacepinas.

Fármacos de segunda línea: Antidepresivos.

FARMACOS UTILIZADOS PARA EL INSOMNIO:

Benzodiacepinas	Más utilizado. Estos fármacos tienen afinidad a distintas unidades alfa del GABA . Las cinco benzodiacepinas más utilizadas para el tratamiento del insomnio son: flurazepam, triazolam, temazepam, estazolam y quazepam . <u>Efectos adversos:</u> elevado potencial de abuso, efecto rebote, alteraciones cognitivas.
Antagonista de la orexina	Conocido comercialmente como Suvorexant . Actúa suprimiendo la red estimulante de la regulación del sueño-vigilia y los primeros resultados son esperanzadores. Reduce la latencia del inicio del sueño, así como mejorar la eficiencia de este incrementando también el sueño REM.
Melatonina	Como agonistas selectivos de la recaptación de melatonina destaca la propia melatonina. La melatonina es una hormona que secreta la glándula pineal y cuya función es regular el ritmo circadiano .
Antidepresivos	Dentro de los antidepresivos con acción sedante, destacarían dos: 1. Doxepina que es un fármaco utilizado especialmente para el insomnio de mantenimiento. 2. Amitriptilina que pertenece a los antidepresivos tricíclicos y tiene una acción sedante que ayuda a que la persona no tenga un sueño tan fragmentado. Cuando la persona presenta depresión, así como insomnio grave se recomienda el uso de mirtazapina .
Antipsicóticos 	• Olanzapina que es un antipsicótico de los conocidos como atípicos que lleva a cabo un efecto hipnótico al actuar como antagonista sobre los receptores de histamina. • Quetiapina que ejerce el efecto sedante por actuar como antagonista de la serotonina y de la histamina. <u>Efectos de este tipo de fármacos:</u> deterioro del estado de alerta y la coordinación motora, cambios en el comportamiento y alucinaciones o sonambulismo

5.1.2 Tratamiento de los Trastornos del sueño relacionados con la respiración síndrome de apnea-hipoapnea obstructivo del sueño (SAHOS)

Los tratamientos del SAHOS incluyen, en primer lugar, **tratamientos con aparatos específicos como la CPAP** que es un dispositivo que genera una presión positiva con una mascarilla en la vía aérea que permite la entrada de aire en las vías respiratorias. Tratamiento con apoyo empírico.

Otros de los tratamientos usados pueden ser la **intervención quirúrgica o farmacológica**.

A nivel **psicológico** la intervención se centra en recomendaciones a nivel conductual y el objetivo principal sería aumentar la adherencia al tratamiento. Las estrategias serían las siguientes:

1. Psicoeducación.
2. Higiene del sueño.
3. Restricción del tiempo en la cama.
4. Reestructuración cognitiva.

5.1.3 Hipersomnia. Narcolepsia

El tratamiento de este trastorno del sueño es **principalmente farmacológico**. En concreto, los fármacos más usados son los **estimulantes**, así como los **antidepresivos**. La **intervención psicológica sería complementaria** y se centraría en producir cambios comportamentales.

La **TCC para la narcolepsia** debe diseñarse para cada caso en **función de los síntomas y las limitaciones** que le suponen. Además, el **proceso de intervención debe contextualizarse** con el paciente.

La TCC de la narcolepsia está formado por los siguientes componentes:

- Un **componente educativo** cuyo objetivo es informar al paciente sobre la naturaleza de este trastorno, así como la importancia y el mecanismo de acción que presentan los fármacos y la relevancia de cumplir las pautas indicadas.
- Un **componente conductual** que se centraría en **modificar aquellos comportamientos relacionados con el sueño pero que podrían estar interfiriendo y que no son compatibles con un sueño efectivo**.
- Un **componente cognitivo** que se centraría en **modificar aquellas creencias o cogniciones que pueden estar siendo relevantes y teniendo un papel mantenedor en la narcolepsia**.

La intervención psicológica se centraría en trabajar con el paciente estrategias de afrontamiento para abordar el sueño diurno excesivo, así como se trabajaría a nivel cognitivo las posibles distorsiones cognitivas que pueda presentar el paciente.

5.2 Parasomnias

5.2.1 Terrores nocturnos

Los terrores nocturnos son parasomnias que ocurren en las **fases del sueño No-REM**. Se ha demostrado que en las parasomnias No-REM se produce una **disociación entre el comportamiento y la autoconciencia**.

Respecto al tratamiento, se dirigirá a aquellos pacientes en los que la presencia de estas parasomnias pueda suponer un daño o que tengan una somnolencia excesiva durante el día.

Lo primero que se debe intervenir es sobre los factores precipitantes (uso de sedantes, falta de sueño...). Se explica al paciente que es importante que tome medidas de seguridad como son el tener las puertas y ventanas cerradas.

Es importante realizar una psicoeducación al paciente (y/o familiares si consideramos necesario) explicándoles que **no es aconsejable que despierten al paciente durante un episodio de terrores nocturnos o sonambulismo**.

Estos problemas se desencadenan con más probabilidad si aparecen alteraciones del ritmo sueño-vigilia, activación emocional, privación del sueño o consumo de sedantes. Por ello, **resulta conveniente instruir al paciente y/ o a su familia para que regularicen sus horarios de sueño, evitar el consumo de ansiolíticos y regular la realización de actividades.**

La TCC podría ser beneficiosa pero aun no existe evidencia suficiente.

5.2.2 Sexomnia

En el tratamiento de las sexomnias **debemos tener en cuenta:**

- El aspecto psicológico.
- El área física.
- El área relacional.
- El área legal.

Es especialmente importante que la **pareja acuda también a las consultas** pues es quien más detalles puede aportarnos sobre los episodios.

Primera sesión: realizar una **psicoeducación tanto a la persona afectada como a su pareja** sobre lo que le ocurre, ya que esta intervención puede ayudar a entender y solventar posibles problemas relacionales. Es transcendental que puedan **comprender que la sexomnia es un trastorno del sueño que se produce de forma inconsciente y no está relacionada con una posible insatisfacción sexual.**

La terapia psicológica, tanto individual como de pareja, puede considerarse en caso de que exista elevado malestar emocional por las consecuencias de la sexomnia.

Es importante instruir al paciente para que **tome medidas para garantizar la seguridad tanto propia como de las otras personas** que duermen en la habitación, siendo recomendable no compartir habitación con menores, por las posibles consecuencias legales.

Se **puede utilizar tratamiento farmacológico.** Se suele utilizar el **clonazepam**, siendo el fármaco que se utiliza en primera línea para esta parasomnia.

5.2.3 Pesadillas

Cuatro factores principales como inductores de ansiedad en las pesadillas:

1. El sentido de realidad que presenta la pesadilla al paciente.
2. La sensación de falta de control.
3. El miedo que genera.
4. La importancia que se le otorga a la propia pesadilla.

La intervención se debe centrar en abordar estas áreas y se han propuesto **cuatro grupos de tratamiento:**

1. Procedimientos que modifiquen la historia de la pesadilla. *Las técnicas de a continuación*.
2. Técnicas catárticas.
3. Estrategias para afrontar la pesadilla.
4. Técnicas conductuales o de desensibilización.

La TCC trabaja modificando cogniciones disfuncionales, emociones y conductas en la persona.

Existen algunas variantes de la TCC específicas para trabajar las pesadillas, como son la terapia de ensayo en la imaginación (IRT), la desensibilización sistemática, terapia del sueño lúcido. Del mismo modo, existe también una variante de la IRT que incluye relajación, terapia de reescrito y exposición.

Terapia de ensayo en imaginación	La técnica está formada por tres sesiones de tratamiento, las dos primeras con una periodicidad semanal y la tercera y última se realiza tres semanas después. Su aplicación suele ser en formato grupal. Sesión 1. Los participantes del grupo exponen las dificultades y limitaciones que el padecimiento de las pesadillas le generan en su vida. Se realiza psicoeducación. - Las pesadillas pueden tener una función positiva en un principio al permitir procesar alguna situación traumática. - Las pesadillas se pueden llegar a controlar. - Las pesadillas pueden considerarse como una especie de imaginación de contenido negativo. - Mientras estamos despiertos, el contenido de las pesadillas se puede modificar. - El ensayo en imaginación de la pesadilla ayuda a reducirlas. Sesión 2. Se comienza trabajando las posibles dificultades que se hayan podido encontrar. Se enseña la técnica de IRT en esta sesión, consta de 3 pasos: 1. Elegir la pesadilla y escribirla. 2. Se da la instrucción de que la cambie como desee. 3. Repaso mental de la nueva pesadilla. Sesión 3. Esta sesión se dedica para trabajar las dificultades encontradas, así como a reforzar los avances conseguidos, a través de la revisión de los autorregistros que el sujeto aporte. Se planifican sesiones de seguimiento y se anima a que continúe realizando esta técnica. Esta técnica es eficaz para el tratamiento de pesadillas en poblaciones con y sin trastorno de estrés postraumático. El grupo de tratamiento con IRT guiada por teléfono recibió 3 sesiones a lo largo de 5 semanas. Mostraron mejoras en la frecuencia de las pesadillas y gravedad del insomnio. No se obtuvieron mejoras en ansiedad, depresión o núm. de noches con pesadillas.
EMDR: Desensibilización y reprocesamiento mediante movimientos oculares	Esta técnica trabaja a través de movimientos oculares mediante de los cuales se induce al reprocesamiento de los recuerdos y experiencias que perturban a la persona al estimular los mecanismos neurales que son similares a los que se producen durante el sueño REM. Se realiza a través de movimientos oculares bilaterales a través de tonos o tapping (toques) procesando el recuerdo perturbador para la persona, los desencadenantes de malestar actuales, así como las experiencias positivas. Fue diseñada por Shapiro en 1987. Se ha visto que las experiencias traumáticas pueden bloquear el sistema de reprocesamiento del paciente. La técnica de EMDR trataría por tanto de identificar aquellas experiencias perturbadoras de la infancia de la persona y, una vez que ha accedido a ellos, mediante la estimulación sensorial bilateral activa el sistema de procesamiento de información de la persona. Se actúa por tanto en ambos hemisferios ayudando al reprocesamiento de la experiencia traumática.
Exposición, Relajación y Terapia de Reescrito	Es una variante de la IRT. Está formada por relajación muscular progresiva, higiene del sueño y exposición y reescritura de la pesadilla teniendo una duración total de 3 semanas. Fue creada por Davis y Wright (2006). Está compuesta por los siguientes elementos: 1. Psicoeducación acerca de lo que les ocurre. 2. Modificación de los hábitos y el patrón de sueño que presente la persona. 3. Relajación. 4. Descripción detallada de la pesadilla e identificación de aquellos puntos de mayor vulnerabilidad de la pesadilla -> Puntos de vulnerabilidad, cuatro focos en los que focalizarse: intimidad, seguridad, confianza y control. 5. Reescritura de la pesadilla y exposición de la nueva versión en imaginación. Ha resultado efectiva para tratar pesadillas relacionadas con un trauma.

Desensibilización sistemática	Es una técnica de tratamiento conductual donde se trabaja la exposición gradual del paciente a aquello que teme. En un primer momento se insta al paciente a afrontar aquello que teme de forma gradual. Fue desarrollada por Wolpe (Wolpe, 1958) inicialmente para el abordaje de fobias. Se basa en el principio de la inhibición recíproca, es decir que la relajación es biológicamente opuesta a la ansiedad. El aprendizaje en relajación es uno de los elementos más relevantes para su funcionamiento, pero debe ser aprendida e interiorizada por el paciente, promoviendo cambios a largo plazo. Disminución a largo plazo de las pesadillas con el uso de la DS realizando jerarquías con el contenido de los sueños. Sin embargo, esta técnica no logró mermar la intensidad de las pesadillas. Sería necesario realizar más investigaciones al respecto, pero parece que el aprendizaje de relajación resulta beneficioso.
-------------------------------	---

6. PROPUESTA DE TRATAMIENTO

El programa integra de forma sistemática, **cuatro estrategias de la terapia cognitivo conductual** cuyo nivel de eficacia ha sido demostrado ampliamente. Estas técnicas son:

- **El control de estímulos.**
- **La restricción del sueño.**
- **La higiene del sueño.**
- **La terapia cognitiva.**

Las **sesiones** suelen del tratamiento propuesto **oscilan entre 30 y 90 minutos**. Esta **variabilidad en el tiempo depende:**

- **Del grado de cooperación del paciente.**
- **De la fase de la terapia.**

Aunque el tratamiento se diseñó de forma individual, los propios autores indican que existe una alternativa de tratamiento grupal que parece haber obtenido resultados similares. De hecho, **es posible, que la opción más útil sea una combinación de ambas modalidades**; en las primeras sesiones se realizarían de forma individual, las sesiones intermedias se trabajan desde el formato grupal y en la última o últimas sesiones se vuelve otra vez al tratamiento individualizado.

No todos los pacientes pueden verse beneficiarios de este enfoque para el tratamiento de insomnio. Debe estar claro que el origen del sueño debe ser psicofisiológico.

Primera sesión: Evaluación de acogida

Puede durar entre **60 y 120 minutos**. Entre los **objetivos** se trata de:

1. **Identificar si el paciente tiene algún trastorno médico o psíquico que no haya sido diagnosticado.**
2. **Determinar si el insomnio que padece el paciente ha sido precipitado o está siendo mantenido por el consumo o abuso de sustancias o medicación.**
3. **Establecer si es el momento del paciente para invertir el tiempo y el esfuerzo necesario para el tratamiento.**
4. **En aquellos pacientes que ya están haciendo uso de otras opciones de tratamiento: establecer si estos pacientes disponen de la voluntad para detener el uso de estos tratamientos y se les explica las alternativas.**

La sesión comienza con la **presentación que el terapeuta** hace de sí mismo. Este **primer contacto es clave**. Una buena estrategia por ello consiste en actuar de forma profesional acogiendo al paciente de forma **amistosa**, pero a la vez, **siendo directivo**.

En esta sesión y, tratando de **establecer la línea base**, se le pide al paciente que cumplimente una serie de **cuestionarios**. Normalmente se rellenan durante la sesión con la presencia del terapeuta. Sin embargo, en ocasiones, y siempre a criterio del terapeuta, los pacientes pueden rellenarlo en casa.

Todos los **cuestionarios**, que a continuación se citan, permiten tener una visión concreta del problema estableciendo, qué conductas que precipitan y cuáles mantienen el insomnio:

- **Cuestionario de historial médico.**
- **Lista de comprobación de síntomas médicos.**
- **Listado de comprobación de síntomas de trastornos del sueño.**
- **Lista de comprobación del contexto del sueño. Índice de motivación para el cambio.**
- **Diario de sueño de un único día y diario de sueño semanal.**

A partir de toda la **información recogida por estos cuestionarios**, además de la **entrevista clínica**, se comprueba si el paciente **cumple los criterios de inclusión**. Es importante también conocer si existe alguna activación condicionada en las conductas del paciente que puedan sostener la aparición del insomnio.

Desde una perspectiva socrática, se le presentan las diferentes alternativas para que sea él quien decida libremente.

La intervención que se propone tiene una eficacia probada a medio y largo plazo, pero también tiene sus **inconvenientes**. El principal inconveniente es que el paciente debe adherirse a un proceso de tratamiento que en total lleva unas 8 semanas y que hasta pasarlas dos o cuatro semanas no se comienzan los efectos positivos.

En aquellos casos en el que **el paciente ya esté tomando medicaciones** para el insomnio **se le insta a suspenderla** antes de iniciar el tratamiento cognitivo conductual. Bajo supervisión médica.

La última parte de la sesión se centra en **orientar al paciente con relación al diario de sueño**. Este diario recoge los registros de los datos más relevantes del problema del paciente. De una forma práctica se enseña a rellenarlo. Se le da instrucciones para que el paciente duerma como siempre; el único cambio que se le permite es mirar la hora al acostarse y al despertarse. Al comienzo de la sesión se revisarán los datos del diario de sueño y se irá evaluando los progresos.

Segunda sesión: Inicio del tratamiento

Dura entre 60 y 120 min. Tiene por objetivo confirmar que la TCC está indicada para el paciente, y la selección de la modalidad de tratamiento. Se ha de garantizar el compromiso del paciente con el programa la adherencia al tratamiento. Esta cuestión es básica para la consecución de los objetivos.

La sesión comienza con la revisión del diario del sueño, sobre 3 parámetros principales:

- **la latencia del sueño.**
- **los despertares nocturnos.**
- **el tiempo real de sueño.**

Estos 3 parámetros se irán completando en un gráfico semana a semana a lo largo de todo el tratamiento. Con estos datos **se calcula la eficacia del sueño**. Este índice se calcula **dividiendo el tiempo total de sueño en minutos** que la persona estima dormir **entre el tiempo**, también en minutos **que la persona permanece en la cama y se multiplica por 100**.

$$Efs = (TTS / TC) \times 100$$

Los autores señalan que, en general **la mayoría de los pacientes, optan por la terapia cognitivo conductual una vez que inician el tratamiento más que por el consumo de fármacos debido fundamentalmente a dos razones.**

1. **La mayoría ya han sido tratados o con medicación o con antidepresivos y han experimentado que estos pueden producir unos buenos beneficios a corto plazo pero que, presentan riesgos y efectos colaterales.**
2. **Intuyen que algo distinto está manteniendo su insomnio y que averiguar la causa, más allá del tratamiento farmacológico, puede resultar beneficioso.**

Comentar, debatir los principios de la terapia cognitivo conductual ayudarán a comprender al paciente **qué se hace en el tratamiento y el porqué**, además de comprender las contingencias del **comportamiento que perpetúan el problema del insomnio.**

La técnica de restricción del sueño debe combinarse con el control de estímulos. Esto supone que el tiempo de espera hasta la hora de acostarse el paciente deba pasarla fuera de la habitación realizando algún tipo de actividad entretenida. Si una vez que ha llegado la hora de acostarse, el paciente no se duerme pasado una media hora de estar en la cama, este debe de levantarse y salir de la habitación y solamente volver a la cama dentro de la franja de horario solamente cuando tenga sueño.

Este proceso **puede suponer un exceso de somnolencia diurna** que el paciente debe aprender a gestionar. Se les debe explicar, que **esta fase resultará transitoria y es necesaria para romper los malos hábitos.**

Tercera sesión: Valoración del sueño e higiene del sueño

Dura entre los 45 y los 60min. Se comienza también por la revisión y representación de la gráfica con los resultados del diario del sueño.

Se calcula el porcentaje de deficiencia del sueño.

- **Cuando se comprueba que la eficiencia del sueño es del 90 o superior se considera que en estos casos de tratamiento está obteniendo los efectos adecuados y, por tanto, pueden hacerse modificaciones.**
- **En aquellos casos en el que el porcentaje de eficiencia se sitúe entre el 85 y el 90% todavía no es posible hacer ninguna modificación de las horas prescritas.**

Paciente y terapeuta deben establecer qué errores o problemas puedan generar esta situación. Para estos casos, la sesión deberá destinarse completamente a establecer **qué factores impiden que el paciente se adhiera al programa.**

Tres grupos de factores que pueden estar interfiriendo:

1. **El paciente quiso, pero no pudo convencerse a sí mismo para poder llevar a cabo las tareas.** ‘esta noche no comencare’, ‘ya lo haré mañana’. Para estos casos, los autores tienen un eslogan que puede ayudar a los pacientes a hacer ese cambio en el razonamiento: *no conviene permanecer despierto cuando la razón duerme.*
2. **Simplemente no pudo llevar a cabo las pautas aconsejadas.** Puede ser modificado con estrategias muy sencillas tales como planificar actividades físicas.
3. **Directamente, el paciente no quiso hacerlo.** El paciente no ha aceptado la terapia y la cuestión central para el psicólogo es qué probab. hay de que la información adicionales sea efectivas. Dialogo socrático muy eficaz.

El segundo de los objetivos fundamentales de esta sesión es la revisión de la **higiene del sueño y la adaptación de las prescripciones al individuo.** El procedimiento ideal para la administración de higiene del sueño debe de constar de **cuatro aspectos fundamentales:**

1. **Proporcionar al paciente la lista de las normas de higiene del sueño haciendo que las lea en voz alta.**
2. **Revisar los contenidos intentando explicar los motivos científicos que sustentan la práctica de dichas normas**
3. **Lograr que el paciente cuente cómo se puede aplicar las normas a su caso.**
4. **Lograr que el paciente elabore un listado de ítems propios que ayuden a la práctica de la higiene del sueño**

Cuarta sesión: Valoración del sueño

Sesión corta entre 30 y 60 min.

Es una **sesión de transición** ya que se utiliza para **revisar datos, evaluar los logros** del cumplimiento del tratamiento, **establecer los ajustes necesarios** en los horarios del sueño del paciente y **continuar asegurando el compromiso** del paciente con el programa.

- Se incrementan 15 min el tiempo prescrito de permanencia a la cama, cuando el porcentaje es igual o superior al 90% en la eficacia del sueño.
- Si el paciente ha cumplido adecuadamente las prescripciones tras la revisión del diario del sueño, pero, sin embargo, si no se han producido los efectos deseados, debería optarse por retrasar en otros 15 min la hora de acostarse y de forma simultánea, reevaluar el caso.
- Si lo que se detecta es una elevada activación fisiológica se recomienda continuar retrasando aún más la hora de acostarse y añadir alguna forma de entrenamiento en relajación como la respiración diafragmática, relajación muscular progresiva o entrenamiento autógeno

Quinta sesión: Valoración del sueño y terapia cognitiva

Duración entre 60 y 90 min

Sus objetivos son: sintetizar y representar los datos para hacer el diario de sueño ayudando a una revisión de estos que permitan evaluar los logros del tratamiento.

Se establecen los ajustes necesarios en los horarios del sueño en función de la eficacia. Esta sesión es enfáticamente cognitiva y **se abordan las preocupaciones sobre el sueño mediante reestructuración cognitiva**.

Para ello se siguen los siguientes pasos:

1. Calcular durante cuántos días ha padecido insomnio.
2. Identificar y registrar entre 3 y 10 pensamientos catastróficos.
3. Evaluar las estimaciones de probabilidad del paciente.
4. Determinar la frecuencia real de ocurrencia de las catástrofes anticipadas.
5. Comentar el desajuste entre las estimaciones del paciente y la probabilidad de un estado catastrófico.
6. Crear un mantra que contraste los pensamientos catastróficos.

Sexta y séptima sesión: Valoración del sueño

Estas dos sesiones son de corta duración de entre 30 y 60 minutos.

TAREAS:

- Revisión de los diarios y la representación gráfica para valorar la eficacia del sueño.
- Se evalúa el cumplimiento de la higiene del sueño y el ajuste de los horarios en función de los resultados.
- Revisar los nuevos pensamientos negativos que puedan aparecer y que han sido detectados por el paciente y se establece un esfuerzo especial por reestructurarlos.

Octava sesión: Valoración del sueño y prevención de recaídas

Esta última sesión tiene la misma duración que las dos anteriores entre 30 y 60 minutos.

Objetivos:

1. **Valorar todos los logros obtenidos** por el paciente durante su tiempo de tratamiento dentro del programa.
 - Se analizan los datos de la eficacia del sueño de la última semana,
 - Se revisa todos los resultados obtenidos a lo largo de las siete semanas anteriores, estableciendo la comparación con la línea base.
2. **Prevención de recaídas.** Es necesario explicar que el paciente volverá a experimentar insomnio y que pueda tener brotes transitorios siendo estos esperables normales y manejables. Para evitar que estos problemas vuelvan a cronificarse no hay que compensar la pérdida de sueño. Si el insomnio vuelve a aparecer hay que realizar inmediatamente los procedimientos de control de estímulos reiniciando la restricción del sueño.

La historia de aquellos pacientes, en general son pacientes que han funcionado bien durante un tiempo pero que en algún momento tienen algún tipo de brote que ignoran. Sin embargo, transcurrido cierto tiempo el pánico se instaura y en lugar de seguir las indicaciones de la terapia del paciente tiende a ejecutar aquellas conductas que mantienen y perpetúan el insomnio.

Mandamientos sagrados para la prevención de recaídas

1. Nunca permanecerá en la cama más de 10-15 minutos cuando me encuentro molesto frustrado o simplemente en alerta
 2. Nunca compensaré una mala noche acostándome temprano quedando en la cama por la mañana o echando una siesta
- Si no es hoy entonces será mañana. Quizás hoy pueda dormir mal pero mañana por la noche seguramente dormiré bien.
-

Tabla 7. Ideas básicas sobre la prevención de recaídas (adaptado de Perlis et al., 2009)

7. IMPLICACIONES FUTURAS

La frecuencia de los diferentes trastornos del sueño está en aumento en la población en general.

Resulta especialmente preocupante en la población joven, en donde además de las exigencias académicas, la utilización continua de los diferentes dispositivos electrónicos contribuye de manera importante a disminuir no solo la duración sino también la calidad de sueño.

Por otro lado, se necesita un mayor número de estudios con seguimiento de los resultados de la eficacia a largo de los tratamientos. Esto es especialmente necesario en el caso del insomnio ya que muchos pacientes padecen episodios recurrentes.