# Sistematización de tres casos clínicos con Trastornos de Ansiedad

Prof. Dr. Andrés López Pell

Lic. Ezequiel Juan Guerra

Especialista en Terapia Cognitiva

Facultad de Psicología y Relaciones Humanas

Junio de 2020

# Índice

**Resumen** **2**

**Introducción** **3**

**Trastornos de Ansiedad** **5**

Aspectos biológicos de la ansiedad 6

Psicofisiología 7

Neurofisiología 8

Definiciones DSM IV para Trastornos de ansiedad 9

Criterio Diagnóstico para F41.9 Trastorno de ansiedad no especificado [300.00] 12

**La terapia Cognitiva** **14**

La tecnica de exposicion 15

Reestructuración Cognitiva 16

Psicoeducación 18

Flecha Descendente 20

Interrogatorio Socrático 21

Activación Conductual 21

**Casos Clínicos** **23**

Caso 1 23

Caso 2 28

Caso 3 33

**Conclusiones** **38**

**Referencias** **41**

# Resumen

Este trabajo tuvo como objetivo evidenciar los conocimientos aprendidos durante la cursada de la Especialización en Terapia Cognitiva en el mismo se realizó la sistematización de tres casos clínicos que comparten características como su diagnóstico dentro del espectro de los Trastornos de Ansiedad, se desarrolló la conceptualización desde el marco terapéutico Cognitivo Conductual, como se realiza el diagnóstico, se implementa y las diferentes técnicas que en los casos se utilizaron. Como conclusión se evidencia la importancia de la especialización en la clínica psicológica y todas las herramientas y técnicas que un terapeuta logra aprender por medio de la supervisión y la cursada de la carrera de postgrado.

# Introducción

El presente trabajo final corresponde a la Especialización en Terapia Cognitiva en la cual es el Director de la misma el Prof. Dr. Andrés López Pell quien en todo momento acompañó el recorrido teórico-práctico del alumnado y junto al cual se aprendieron conceptos básicos y complejos relacionados con el enfoque clínico del marco de Terapia Cognitiva.

Este trabajo se realizó con el tipo de metodología Sistemática y se tomaron como objeto de estudio tres casos clínicos que se vieron durante las prácticas de la especialización y cuyo fundamento de elección fue poseer características similares al igual que diagnóstico dentro del espectro de la Ansiedad. (DSM IV-TR, 2002).

El objetivo del trabajo es mostrar claramente los conocimientos que se fueron aprendiendo a lo largo de la Especialización, su aplicación y cómo los mismos contribuyeron a cambios en los terapeutas estudiantes del postgrado en relación a su práctica clínica. Los conocimientos mencionados van desde las bases de la terapia Cognitiva, sus fundamentos, la conceptualizacion Cognitiva, el diagnóstico Cognitivo así como también el repertorio de técnicas utilizadas el los diferentes casos presentados.

En el presente trabajo se enumeraron las diferentes técnicas y herramientas utilizadas en los casos presentados, así como también se especificó su uso, su fundamentación y cómo se administra o se las aplica en la terapia.

La conceptualizacion Cognitiva es el mapa de la Terapia Cognitiva definida como un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas (por ejemplo, la depresión, la ansiedad, las fobias, problemas relacionados con el dolor, etc.). (Beck, 2000). Se basa en el supuesto teórico subyacente de que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo (Beck, 2000). Las cogniciones (“eventos” verbales o gráficos en su corriente de conciencia) se basan en actitudes o supuestos (esquemas) desarrollados a partir de experiencias anteriores en Beck (2000).

Como se dijo en el párrafo anterior citando a Beck (2000) la conceptualización se puede comparar a un mapa de ruta de la terapia cognitiva con lo necesario para definir objetivos y metas a cumplir. De no tener conceptualización no sería adecuado el tratamiento, en este punto siempre se hizo hincapié en la Especialización, buscando que el alumnado utilice la terapia cognitiva de manera correcta y de la forma más provechosa. (Beck, 2000) . La

conceptualización es un diagrama donde se observa visualmente cuáles son los pasos a seguir y cómo se llegó al estado en que se encuentra el paciente en este momento, por esto mismo es que este diagrama es compartido con el mismo y el paciente debe estar de estar de acuerdo con los objetivos planteados entre ambos. (Beck, 2000)

Como se mencionó en el transcurso del tramo académico de la especialización en Terapia Cognitiva el Prof. Dr. López Pell hizo mucho hincapié en la importancia de la conceptualización del caso desde el comienzo de las sesiones con el paciente, llevando al alumnado desde el día uno de las prácticas a presentar casos clínicos y viñetas en las que estaban trabajando los alumnos para poder poner en práctica los conocimientos que estábamos asimilando y aprendiendo. En cuanto a las técnicas aprendidas en el Postgrado podemos destacar que las mismas fueron abordadas desde lo teórico y luego desde la práctica en los diferentes cuadros psicopatológicos definidos en el DSM IV-TR (2002).

En este caso en los tres casos sistematizados la característica fundamental fue el diagnóstico de Ansiedad, fueron tomados tres pacientes con Diagnóstico no específico de ansiedad y los cuales presentaban sintomatología relacionada y algunos criterios para su diagnóstico específico, uno de ellos no reunía todos los criterios para el Trastorno de ansiedad no especificado pero los otros dos si lo hacían, a este paciente con sintomatología ansiosa pero que no llega a complir con los criterios se lo inclujo como objeto de estudio ya que se asimilaba en el cuadro sintomático. (DSM IV-TR, 2002).

A continuación se realiza una breve reseña sobre los Trastornos de Ansiedad y su base biológica, neurofisiológica y psicofisiológico (Beck et al. 1985). Al igual del modelo cognitivo de la Ansiedad que es el que se aprendió a utilizar en la cursada del Postgrado.

# Trastornos de Ansiedad

La ansiedad es propia de la condición humana. Fue registrada desde los inicios de la humanidad, tanto filósofos como eruditos, médicos y religiosos, en todos se pueden encontrar escritos que hablan de la ansiedad. (Beck y Clark, 2012)

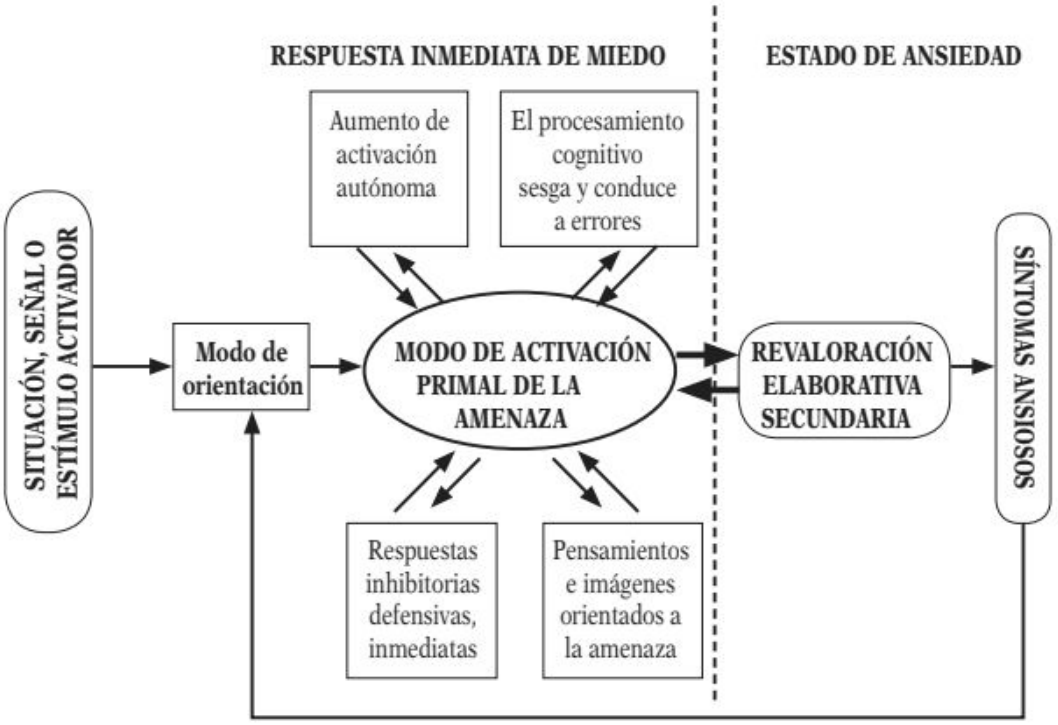
Recientemente, los médicos así como otros científicos y especialistas de otras áreas han tratado de revelar los misterios de la ansiedad y el desarrollo de intervenciones que pudieran resolver con efectividad esta condición generalizada y problemática de la humanidad. (Beck y Clark, 2012)

En la actualidad, como nunca antes, los sucesos graves provocados por desastres naturales o por crueles actos delictivos, de violencia o terrorismo han creado un clima social de miedo y ansiedad en muchos países alrededor del planeta (Norris, 2005). Los desastres naturales como los terremotos, huracanes, tsunamis y similares tienen un importante impacto negativo sobre la salud mental de las poblaciones afectadas, tanto en los países desarrollados como en los que se encuentran en vías de desarrollo, generando síntomas de ansiedad y estrés postraumático, y, sobre todo, durante las semanas inmediatamente posteriores al desastre (Norris, 2005).

Barlow (2002), en su volumen sobre los trastornos de ansiedad, realiza una diferenciación entre el miedo y la ansiedad, afirmando que “el miedo es una alarma primitiva en respuesta a un peligro presente, caracterizado por una intensa activación y por las tendencias a la acción”. La ansiedad, por el contrario, Barlow (2002) la definía como “una emoción orientada hacia el futuro, caracterizada por las percepciones de incontrolabilidad e impredictibilidad con respecto a sucesos potencialmente aversivos y con un cambio rápido en la atención hacia el foco de acontecimientos potencialmente peligrosos o hacia la propia respuesta afectiva ante tales sucesos”.

Por su parte Beck et al. (1985) subrayan la naturaleza cognitiva del miedo y Barlow (2002) se centra en los rasgos neurobiológicos y conductuales más automáticos del constructo.

**Figura 2.1. Modelo cognitivo de la ansiedad.**




## Aspectos biológicos de la ansiedad

Según Beck et al., (1985) la ansiedad es multifacética, conlleva elementos diversos del dominio fisiológico, cognitivo, conductual y afectivo del funcionamiento humano. En la Tabla 1.3 se enumeran los síntomas de ansiedad divididos en los cuatro sistemas funcionales implicados en una respuesta adaptativa a la amenaza o al peligro (Beck et al., 1985)

**Tabla 1.3. Rasgos comunes de la ansiedad**

*Síntomas fisiológicos*

(1) Aumento del ritmo cardíaco, palpitaciones; (2) respiración entrecortada, respiración acelerada; (3) dolor o presión en el pecho; (4) sensación de asfixia; (5) aturdimiento, mareo; (6) sudores, sofocos, escalofríos; (7) nausea, dolor de estómago, diarrea; (8) temblores, estremecimientos; (9) adormecimiento, temblor de brazos o piernas; (10) debilidad, mareos, inestabilidad; (11) músculos tensos, rigidez; (12) sequedad de boca.

*Síntomas cognitivos*

(1) Miedo a perder el control, a ser incapaz de afrontarlo; (2) miedo al daño físico o a la muerte; (3) miedo a "enloquecer"; (4) miedo a la evaluación negativa de los demás; (5) pensamientos, imágenes o recuerdos atemorizantes; (6) percepciones de irrealidad o separación; (7) escasa concentración, confusión, distracción; (8) estrechamiento de la atención, hipervigilancia hacia la amenaza; (9) poca memoria; (10) dificultad de razonamiento, pérdida de objetividad.

*Síntomas conductuales*

(1) Evitación de las señales o situaciones de amenaza; (2) huída, alejamiento; (3) obtención de seguridad, reafirmación; (4) inquietud, agitación, marcha; (5) hiperventilación; (6) quedarse helado, paralizado; (7) dificultad para hablar.

*Síntomas afectivos*

(1) Nervioso, tenso, embarullado; (2) asustado, temeroso, aterrorizado; (3) inquieto, asustadizo; (4) impaciente, frustrado.

## Psicofisiología

Todas estas respuestas fisiológicas periféricas se asocian con la activación pero originan varios síntomas perceptibles como los temblores, tiritones, turnos de sofocos y escalofríos, palpitaciones, sequedad bucal, sudores, respiración entrecortada, dolor o presión en el pecho y tensión muscular (Barlow, 2002).

Existen menos pruebas relativas a que los individuos hereden trastornos de ansiedad específicos y una mayor base empírica que defiende la herencia de una vulnerabilidad general para desarrollar un trastorno de ansiedad (Barlow, 2002). Esta vulnerabilidad inespecífica hacia la ansiedad podría ser neuroticismo, ansiedad de rasgo alta, afectividad negativa o lo que Barlow, Allen y Choate (2004) denominaron un "síndrome de afecto negativo".

# Neurofisiología

Durante la última década se han logrado grandes avances en nuestro conocimiento relativo a las bases neurobiológicas de la ansiedad. Uno de los principales hallazgos se refiere al rol central que desempeña la amígdala en el procesamiento emocional y en la memoria. Beck et al. (1985)

Según Beck y Clark (2012) la cognición desempeña una función clave en la comprensión de estados normales y anormales de ansiedad, la esencia de la ansiedad se encuentra en la interpretación errónea o exagerada de la amenaza ante una situación o circunstancia anticipada que es percibida como significativa para los recursos vitales de la persona. Durante las dos últimas décadas se ha progresado sustancialmente en el estudio de las estructuras cognitivas y procesos de ansiedad. Sobre la base del primer modelo cognitivo de ansiedad propuesto por Beck y Clark (2012) .

Estos autores Beck y Clark (2012) afirman que los individuos con trastorno de ansiedad interpretarían una serie mucho más amplia de situaciones como amenazantes que los individuos sin trastorno de ansiedad. Existen diferentes pruebas y técnicas para determinar si la experiencia de miedo o ansiedad de una persona es suficientemente exagerada y generalizada como para requerir una evaluación adicional, diagnóstico y posible tratamiento. (Beck y Clark, 2012)

Starcevic y Berle (2006) aseguran que existen pruebas suficientes para demostrar que la preocupación es un rasgo prominente de todos los trastornos de ansiedad y cuando ocurre en estos estados clínicos, es mucho más excesiva, exagerada e incontrolable que la preocupación manifestada por los individuos no-clínicos. En una revisión Starcevic y Berle (2006) sobre la especificidad cognitiva de los trastornos de ansiedad, se concluía que la preocupación patológica no es sólo evidente en el TAG (Starcevic y Berle, 2006). La preocupación es un rasgo prominente de constructos de síntomas que se consideran comunes a todos los trastornos de ansiedad como la aprensión ansiosa (Barlow, 2002), el afecto negativo (Barlow, 2000; Watson y Clark, 1984) y la ansiedad rasgo (Spielberger, 1985). Según Beck y Clark (2012) aunque la mayoría de los estudios hallaron que la preocupación es significativamente más frecuente, grave e incontrolable en el TAG (Chelminski y Zimmermann, 2003), los índices elevados también están presentes en el trastorno de angustia, en el TOC, en la fobia social, en el TEPT e incluso en la depresión, así como en estados subsindromales de ansiedad alta (Chelminski y Zimmerman, 2003; Gladstone et al., 2005; Wethe- rell, Roux y Gatz, 2003).

# Definiciones DSM IV para Trastornos de ansiedad

En el Manual de Estadísticas Mentales (DSM IV-TR, 2002) se describen los siguientes trastornos del espectro de la ansiedad, trastornos de angustia sin agorafobia, trastorno de angustia con agorafobia, agorafobia sin historia de trastorno de angustia, fobia específica, fobia social, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés postraumático, trastorno por estrés agudo, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica, trastorno de ansiedad inducido por sustancias y trastorno de ansiedad no especificado. En el contexto de todos estos trastornos pueden aparecer crisis de angustia y agorafobia, de ahí que los criterios para el diagnóstico de estas dos entidades se expongan por separado al comienzo del DSM IV. (DSM IV-TR, 2002). La crisis de angustia (panic attack) se caracteriza por la aparición súbita de síntomas de aprensión, miedo pavoroso o terror, acompañados habitualmente de sensación de muerte inminente, durante estas crisis también aparecen síntomas como falta de aliento, palpitaciones, opresión o malestar torácico, sensación de atragantamiento o asfixia y miedo a volverse loco o perder el control. (DSM IV-TR, 2002). La agorafobia se caracteriza por la aparición de ansiedad o comportamiento de evitación en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil o puede generar vergüenza, o bien donde sea imposible encontrar ayuda en el caso de que aparezca en ese momento una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia. (DSM IV-TR, 2002). Según explica el DSM IV (2002), el trastorno de angustia sin agorafobia se caracteriza por crisis de angustia recidivantes e inesperadas que causan un estado de permanente preocupación al paciente, y por otro lado el trastorno de angustia con agorafobia se caracteriza por crisis de angustia y agorafobia de carácter recidivante e inesperado. La agorafobia sin historia de trastorno de angustia se caracteriza por la presencia de agorafobia y síntomas similares a la angustia en un individuo sin antecedentes de crisis de angustia inesperadas. (DSM IV-TR, 2002). La fobia específica se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a la exposición a situaciones u objetos específicos temidos, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación. (DSM IV-TR, 2002). La fobia social se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a ciertas situaciones sociales o actuaciones en público del propio individuo, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación. (DSM IV-TR, 2002). El trastorno obsesivo-compulsivo se caracteriza por obsesiones (que causan ansiedad y malestar significativos) y/o compulsiones (cuyo propósito es neutralizar dicha ansiedad). (DSM IV-TR, 2002). El trastorno por estrés postraumático se caracteriza por la

reexperimentación de acontecimientos altamente traumáticos, síntomas debidos al aumento de la activación (arousal) y comportamiento de evitación de los estímulos relacionados con el trauma. (DSM IV-TR, 2002). El trastorno por estrés agudo se caracteriza por síntomas parecidos al trastorno por estrés postraumático que aparecen inmediatamente después de un acontecimiento altamente traumático. (DSM IV-TR, 2002). El trastorno de ansiedad generalizada se caracteriza por la presencia de ansiedad y preocupaciones de carácter excesivo y persistente durante al menos 6 meses. (DSM IV-TR, 2002). El trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad subyacente. (DSM IV-TR, 2002). El trastorno de ansiedad inducido por sustancias se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una droga, fármaco o tóxico. (DSM IV-TR, 2002). El trastorno de ansiedad no especificado incluye aquellos trastornos que se caracterizan por ansiedad o evitación fóbica prominentes, que no reúnen los criterios diagnósticos de los trastornos de ansiedad específicos ya mencionados (bien síntomas de ansiedad sobre los que se dispone de una información inadecuada o contradictoria). (DSM IV-TR, 2002). Debido a que el trastorno por ansiedad de separación (que se caracteriza por la aparición de ansiedad coincidiendo con la separación de las figuras paternas) suele aparecer en la infancia. Por último según el DSM IV (2002) la evitación fóbica que se limita exclusivamente al contacto sexual genital con parejas sexuales se denomina trastorno por aversión al sexo.

## Tabla 1.1. Características claves de cinco Trastornos de Ansiedad DSM-IV-TR

| Trastorno de ansiedad | Estímulo amenazante | Valoración central |
|---|---|---|
| Crisis de angustia (con o sin agorafobia) | Sensaciones físicas, corporales | Miedo a morir ("ataque al corazón"), a perder el control ("a enloquecer") o a perder la conciencia (desmayarse), a sufrir crisis de angustia adicionales |
| Trastorno de ansiedad generalizada | Sucesos vitales estresantes u otras preocupaciones personales | Miedo a los posibles resultados futuros adversos o mortales |
| Fobia social | Situaciones sociales, públicas | Miedo a la evaluación negativa de los demás (p. ej., vergüenza, humillación) |
| Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) | Pensamientos, imágenes o impulsos intrusos inaceptables | Miedo a perder el control mental o conductual o a ser responsable de algún resultado negativo para uno mismo o para los demás |
| Trastorno por estrés postraumático (TEPT) | Recuerdos, sensaciones, estímulos externos asociados a las experiencias traumáticas pasadas | Miedo a los pensamientos, recuerdos, síntomas o estímulos asociados con el suceso traumático |

# Criterio Diagnóstico para F41.9 Trastorno de ansiedad no especificado [300.00]

Esta categoría dentro del espectro de la ansiedad incluye los trastornos con síntomas prominentes de ansiedad o evitación fóbica que no reúnen los criterios diagnósticos de ningún trastorno de ansiedad, trastorno adaptativo con ansiedad o trastorno adaptativo mixto, con ansiedad y estado de ánimo depresivo. (DSM IV TR, 2002) a continuación son enumerados según el DSM IV (2002):

1. Trastorno mixto ansioso-depresivo: síntomas de ansiedad y depresión clínicamente significativos, aunque no se cumplen los criterios diagnósticos de un trastorno del estado de ánimo específico ni de un trastorno de ansiedad específico.
2. Síntomas de fobia social clínicamente significativos relacionados con el impacto social provocado por una enfermedad médica o un trastorno mental (p. ej., enfermedad de Parkinson, enfermedades dermatológicas, tartamudez, anorexia nerviosa, trastorno dismórfico corporal).
3. Situaciones en las que el clínico confirma la presencia de un trastorno de ansiedad, pero le resulta imposible determinar si es de carácter primario, debido a enfermedad médica o inducido por sustancias.

## F41.9 Trastorno de ansiedad no especificado [300.00]

Esta categoría incluye los trastornos con síntomas prominentes de ansiedad o evitación fóbica que no reúnen los criterios diagnósticos de ningún trastorno de ansiedad, trastorno adaptativo con ansiedad o trastorno adaptativo mixto, con ansiedad y estado de ánimo depresivo. Son ejemplos los siguientes:

1. Trastorno mixto ansioso-depresivo: síntomas de ansiedad y depresión clínicamente significativos, aunque no se cumplen los criterios diagnósticos de un trastorno del estado de ánimo específico ni de un trastorno de ansiedad específico (v. pág. 740 para los criterios de investigación que se sugieren).
2. Síntomas de fobia social clínicamente significativos relacionados con el impacto social provocado por una enfermedad médica o un trastorno mental (p. ej., enfermedad de Parkinson, enfermedades dermatológicas, tartamudez, anorexia nerviosa, trastorno dismórfico corporal).
3. Situaciones en las que el clínico confirma la presencia de un trastorno de ansiedad, pero le resulta imposible determinar si es de carácter primario, debido a enfermedad médica o inducido por sustancias.

# La terapia Cognitiva

La terapia cognitiva conductual se define según Beck et al. (1979) como un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas (por ejemplo, la depresión, la ansiedad, las fobias, problemas relacionados con el dolor, etc.). Se basa en el supuesto teórico subyacente de que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo (Beck et al., 1979). Las cogniciones ("eventos" verbales o gráficos en su corriente de conciencia) se basan en actitudes o supuestos (esquemas) desarrollados a partir de experiencias anteriores (Beck et al., 1979)

Durante la terapia el paciente aprende a resolver problemas y situaciones que anteriormente había considerado insuperables, mediante la reevaluación y modificación de sus pensamientos. (Beck et al., 1979)

Beck et al. (1979) define la función del terapeuta cognitivo como la de ayudar al paciente a pensar y actuar de un modo más realista y adaptativo en relación con sus problemas psicológicos, reduciendo o eliminando así los síntomas. La terapia cognitiva se sirve de una amplia variedad de estrategias cognitivas y conductuales.

Según Beck et al. (1979) duración de la terapia cognitiva es generalmente de 15-20 sesiones una vez a la semana. Por otros lados casos los más graves suelen extender las sesiones frecuentes,  a dos semanales durante 4-5 semanas y después, una semanal durante 10-15 semanas. Normalmente, solemos disminuir la frecuencia a una sesión de cada dos semanas durante las últimas fases, al tiempo que recomendamos la "terapia de apoyo" una vez que ha finalizado el tratamiento. (Beck et al., 1979)

La conceptualización del caso se puede leer como el mapa de ruta de la terapia cognitiva un mapa necesario para definir objetivos y metas a cumplir, de no tener conceptualización el terapeuta va con los ojos cerrados a abordar el tratamiento. (Beck et al., 1979).  La conceptualización es un diagrama donde se observa visualmente cuáles son los pasos a seguir y cómo se llegó al estado en que se encuentra el paciente en este momento, por esto mismo es que este diagrama es compartido con el mismo y el paciente debe estar de estar de acuerdo con los objetivos planteados entre ambos.(Beck et al., 1979)

Dentro de todo el repertorio de técnicas y estrategias cognitivas las que utilizamos en los tres casos que en el presente trabajo se pueden observar son las siguientes:

## La tecnica de exposicion

Segun Bados Lopez y Garcia Grau (2005) las técnicas de exposición son definidas como el afrontamiento, de forma sistemática y deliberada, a situaciones o estímulos internos que generan ansiedad u otras emociones negativas y provocan el impulso de realizar una acción determinada a nivel comportamental o cognitivo. La técnica descrita por Bados Lopez y Garcia Grau (2005) consiste en que la persona debe mantenerse en la situación o bien afrontar el estímulo interno hasta que la emoción o el impulso se reduzcan significativamente o hasta que compruebe que las consecuencias anticipadas no ocurren.
De todos modos, lo normal a la hora de aplicar la exposición en diversos problemas es que haya una prevención más o menos gradual de acciones que se consideran inadecuadas.
Bados Lopez y Garcia Grau (2005) definen varios tipos de exposición:
a) Exposición en vivo (EV). Implica exponerse sistemática y deliberadamente a situaciones temidas reales en la vida diaria; por ejemplo, sitios altos, transportes públicos, hablar con figuras de autoridad, extraerse sangre, etc.
b) Exposición en imaginación. Implica imaginar que se están afrontando las situaciones problemáticas y/o que se experimentan los estímulos internos que generan ansiedad o disparan ciertos impulsos. Esto supone, rememorar el entorno físico, las respuestas somáticas, las emociones, los pensamientos y las consecuencias temidas. La exposición en imaginación puede consistir, por ejemplo, en recordar con detalle una experiencia traumática, revivir una pesadilla o reproducir preocupaciones o pensamientos obsesivos.
c) Exposición interoceptiva. Consiste en exponerse a las sensaciones corporales que se temen (p.ej., mareo, taquicardia) y que son inducidas a través de diversos medios; por ejemplo, hiperventilar, retener la respiración, correr sin desplazarse del sitio, tensar los músculos de todo el cuerpo y/o mirar fijamente una luz.
d) Exposición mediante ayudas audiovisuales. Estos recursos se utilizan habitualmente para complementar las otras modalidades de exposición. Pueden utilizarse diapositivas, sonido, vídeos o presentaciones mediante ordenador. Por ejemplo, una persona con fobia a la sangre podría ver un vídeo sobre una extracción o una persona con fobia a los petardos escuchar un CD con sonidos grabados y, a la vez, imaginarse que está en la situación real. Asimismo, un paciente puede grabar sus obsesiones en un CD y escuchar la pista repetidamente a través de auriculares.

e) Exposición utilizando la escritura o los juegos. Consiste en escribir sobre los sucesos que generan ansiedad (p.ej., acontecimientos traumáticos como una violación, pesadillas, obsesiones) y leerlo para sí mismo y/o delante del terapeuta. En el caso de los niños, pueden utilizarse los dibujos o los juegos.

f) Exposición mediante realidad virtual. Esta permite, por medio de ordenadores y un casco o gafas especiales o un ambiente virtual automático computerizado, crear estímulos y situaciones que simulan una amplia variedad de experiencias reales de un modo vívido y presencial, al tiempo que se logra que lo que el cliente ve y oye (entorno virtual) sea influido por lo que hace; en ocasiones se añaden también estímulos táctiles. De este modo, suscita emociones similares a las experimentadas en las situaciones reales. Krijn et al. (2004) describen las dos principales técnicas para sumergir a los pacientes en el entorno virtual: casco montado en la cabeza (un solo usuario) y ambiente virtual automático computerizado (multiusuario). Por otra parte, en la exposición mediante realidad aumentada se superponen imágenes virtuales (p.ej., de arañas) a imágenes reales obtenidas mediante una cámara que permite ver el entorno a través del visor del casco.

g) Exposición simulada. También conocida como ensayo conductual o role playing, consiste en la exposición a situaciones sociales problemáticas que son simuladas o reproducidas en la sesión terapéutica. Un ejemplo sería solicitar la devolución del dinero de un artículo al dependiente de una tienda representado por el terapeuta o un colaborador de este. Las situaciones sociales simuladas pueden ser situaciones temidas, pero también situaciones desencadenantes de ira

## Reestructuración Cognitiva

La reestructuración cognitiva (Ellis, 1971) es una técnica de autoayuda que puede ser utilizada por prácticamente todas las personas para disminuir o eliminar reacciones emocionales no deseadas. Según Ellis (1971) la idea sobre la cual se basa es que no son solamente las situaciones o acontecimientos los que causan nuestros estados extremos de depresión, enfado, ansiedad, celos, etc., sino además los pensamientos que nosotros tenemos sobre tales eventos. Ellis (1971) al definir la reestructuración cognitiva afirma que existe una relación entre: a) el acontecimiento, b) lo que se piensa o cree acerca de él, c) la emoción como resultado de tal apreciación, que va a afectar la manera en que la persona se comporte ante la situación a) y dando un ejemplo Ellis (1971), a) Una muchacha y un muchacho están en una fiesta, él se fija en ella; b) él piensa que si se acerca a ella y lo rechaza, será un fracasado; c) entonces él se siente nervioso e incómodo, lo que

probabiliza que su relación con la muchacha no sea la que él deseaba.

Segun Bados y García (2010), la técnica de reestructuración cognitiva consiste en que el paciente identifique y se cuestione sobre sus pensamientos distorsionados, para que al ya tenerlos identificados los pueda sustituir por unos más apropiados, adaptados y de esa manera se reduzcan las conductas que le generan malestar al paciente.
En la técnica de reestructuración cognitiva los pensamientos se llegan a considerar como hipótesis, el terapeuta y consultante trabajan de manera conjunta para que cuando se recolectan los datos, se aclare si la hipótesis planteada entre ambos fue válida o no; a la vez que se buscan junto al paciente sobre pensamientos alternativos, el terapeuta realiza experimentos conductuales para que los pacientes evalúen sus pensamientos negativos y juntos logren esclarecer si estos son válidos y útiles o no en su vida. Segun Bados y García (2010)
Por otro lado (Clark, 1989) reestructuración cognitiva consiste en que el cliente, con la ayuda inicial del terapeuta, identifique y cuestione sus pensamientos desadaptativos, de modo que queden sustituidos por otros más apropiados y se reduzca o elimine así la perturbación emocional y/o conductual causada por los primeros. En la reestructuración cognitiva los pensamientos son considerados como hipótesis y terapeuta y paciente trabajan juntos para recoger datos que determinen si dichas hipótesis son correctas o útiles. (Clark, 1989). Según explica el autor en vez de decir a los pacientes cuáles son los pensamientos alternativos válidos, el terapeuta formula una serie de preguntas y diseña experimentos conductuales para que los pacientes evalúen y sometan a prueba sus pensamientos negativos y lleguen a una conclusión sobre la validez o utilidad de los mismos (Clark, 1989).

Otra definición de reestructuración cognitiva es la de Rodebaugh y Chambless (2004) de consiste en que el paciente, con ayuda del terapeuta, identifique esos pensamientos irracionales. Ambos van discutiendo la validez y utilidad de tener esos pensamientos, mediante preguntas y experimentos conductuales. Y se van buscando alternativas racionales. Un buen terapeuta no le dirá al paciente qué pensamiento es el válido, sino que le ayuda a que los encuentre por sí mismo. (Rodebaugh y Chambless, 2004)
Las técnicas de reestructuración cognitiva pretenden modificar la forma y/o el contenido de las cogniciones (Rodebaugh y Chambless, 2004)

# Psicoeducación

La psicoeducación forma parte de los tratamientos considerados como efectivos en la reducción de malestares en Cuidadores Primario Informal. (Fallon y Pedersen, 1992). Esta estrategia de intervención surge en la década de los sesenta con la necesidad de brindar apoyo a familiares de esquizofrénicos (Fallon y Pedersen, 1992). Segun Díaz, González, y Varela (2001), la Psicoeducación es una aproximación terapéutica en la cual se proporciona a los familiares de un paciente información específica acerca de la enfermedad, y entrenamiento en técnicas para afrontar el problema. Otra definición, propuesta por Anderson, Douglas y Hogarty (1998) considera a la Psicoeducación un proceso educativo mediante el cual el terapeuta detalla y transmite información científica actual y relevante para responder preguntas acerca del origen, evolución y los abordajes de un padecimiento desde su entorno, e implica también el entrenamiento en técnicas para afrontar el problema. Según Falloon, McGill, Boyd, y Pederson (1987), la Psicoeducación toma como base los problemas de la familia relacionados con la aparición de la patología psiquiátrica en un integrante, a saber: 1) Falta de comprensión sobre la compleja naturaleza de la Enfermedades Mentales Crónicas y sus limitaciones sociales. 2) Falta de habilidades para manejar en forma efectiva con los síntomas agudos y crónicos de la enfermedad mental crónica. 3) Dificultad para expresar sentimientos, negativos y positivos, por el paciente. 4) Dificultad para reducir tensión en la familia mediante un método efectivo para resolver problemas. 5) Tendencia a sentirse estigmatizados y a limitar los contactos sociales fuera del círculo familiar. La psicoeducación es por tanto, una estrategia de intervención que tiene como objetivo atender debidamente estas cuestiones, y gira en torno a los siguientes componentes básicos: naturaleza, etiología, curso, consecuencias eventuales del trastorno mental, posibilidades terapéuticas y resultados esperables (Martínez-González, Albein-Urios, Munera y Verdejo-García, 2012). Sus objetivos son minimizar la discapacidad y maximizar el funcionamiento; ofrecer un contexto para resolver problemas donde la familia aprenda a aplicar el conocimiento y proporcionar apoyo continuado a sus miembros (Hoffman y Fruzzetti, 2007). La psicoeducación reconoce la importancia de la información científica sobre la enfermedad mental crónica en Cuidadores Primario Informal de pacientes con diversas patologías psiquiátricas, ya que este hecho influye positivamente en los procesos de recuperación del paciente (Martínez-González, Albein-Urios, Munera y Verdejo-García, 2012), porque amplía repertorios cognitivos y conductuales que permiten la mejor adaptación del Cuidadores Primario Informal al proceso de la enfermedad mental crónica. En este sentido, se vuelve necesaria la inserción de la psicoeducación de la familia

en los protocolos de tratamiento psiquiátrico. Todos los grupos psicoeducativos tienen principios similares e intentan la prevención de recaídas disminuyendo en el paciente y su familia el estrés y la ansiedad a través del apoyo y la información (García-Cabeza, 2008).

Como se ha mencionado, la psicoeducación forma parte de los tratamientos considerados como efectivos en la reducción de malestares en Cuidadores Primarios Informales, esta estrategia de intervención surge en la década de los sesenta con la necesidad de brindar apoyo a familiares de esquizofrénicos (Fallon y Pederson, 1992).

Para Díaz, González, y Varela (2001), la PE es una aproximación terapéutica en la cual se proporciona a los familiares de un paciente información específica acerca de la enfermedad, y entrenamiento en técnicas para afrontar el problema. Otra definición, propuesta por Anderson, Douglas y Hogarty (1998) considera a la PE un proceso educativo mediante el cual el facilitador detalla y sumariza información científica actual y relevante para responder preguntas acerca del origen, evolución y óptimo abordaje de un padecimiento desde su entorno, e implica también consejería y entrenamiento en técnicas para afrontar el problema.

Según Falloon, McGill, Boyd, y Pederson (1987), la psicoeducación toma como base los problemas de la familia relacionados con la aparición de la patología psiquiátrica en un integrante, a saber:

1) Falta de comprensión sobre la compleja naturaleza de la Enfermedades Mentales Crónicas y sus limitaciones sociales.

2) Falta de habilidades para manejar en forma efectiva con los síntomas agudos y crónicos de la Enfermedades Mentales Crónicas.

3) Dificultad para expresar sentimientos, negativos y positivos, por el paciente.

4) Dificultad para reducir tensión en la familia mediante un método efectivo para resolver problemas.

5) Tendencia a sentirse estigmatizados y a limitar los contactos sociales fuera del círculo familiar.

La psicoeducación es por tanto, una estrategia de intervención que tiene como objetivo atender debidamente estas cuestiones, y gira en torno a los siguientes componentes básicos: naturaleza, etiología, curso, consecuencias eventuales del trastorno mental, posibilidades terapéuticas y resultados esperables (Martínez-González, Albein-Urios, Munera y Verdejo-García, 2012). Sus objetivos son minimizar la discapacidad y maximizar el funcionamiento; ofrecer un contexto para resolver problemas donde la familia aprenda a aplicar el conocimiento y proporcionar apoyo continuado a sus miembros (Hoffman y Fruzzetti, 2007).

La psicoeducación reconoce la importancia de la información científica sobre la Enfermedades Mentales Crónicas en Cuidadores Primarios Informales de pacientes con diversas patologías psiquiátricas, ya que este hecho influye positivamente en los procesos de recuperación del paciente (Martínez-González, Albein-Urios, Munera y Verdejo-García, 2012), porque amplía repertorios cognitivos y conductuales que permiten la mejor adaptación del CPI al proceso de la EMC. En este sentido, se vuelve necesaria la inserción de la Psicoeducación de la familia en los protocolos de tratamiento psiquiátrico. Todos los grupos psicoeducativos tienen principios similares e intentan la prevención de recaídas disminuyendo en el paciente y su familia el estrés y la ansiedad a través del apoyo y la información (García-Cabeza, 2008).

## Flecha Descendente

Esta técnica que se utiliza para la fase de exploración de casos tiene como utilidad la que permite conceptualizar o realizar una formulación cognitiva. (Beck, 2000). Según Beck (2000) se recomienda utilizarla durante el sondeo cognitivo, se utiliza para explorar la cadena de inferencias que las personas establecen para llegar a una conclusión, con la finalidad de arribar a una creencia subyacente. Se inicia desde el punto más superficial de la cognición (pensamiento automático), se sigue la cadena de inferencias (creencias intermedias), con el fin de revelar la creencia nuclear básica (Burns, 1980; Beck, 2000).
Está indicada su aplicación cuando en sesión surgen emociones intensas, positivas o negativas, mientras el paciente mantiene la imagen perturbadora o en aquellas situaciones en las que se puede facilitar la emoción. (Burns, 1980). Se indica su uso en pacientes adolescentes, adultos y su aplicación está contraindicada en pacientes con déficit cognitivos severos, en momentos de excitación psicomotriz, episodios maníacos, psicosis, demencia y /o retraso mental. (Burns, 1980; Beck, 2000)

## Interrogatorio Socrático

Se define como una técnica de cambio cuyo objetivo es que el paciente, en colaboración con el terapeuta, pueda encontrar una manera diferente de interpretar las situaciones (Gabalda, 2017), con el fin de alcanzar de alcanzar una nueva perspectiva que desafíen sus creencias disfuncionales (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012). Esta técnica será eficaz si logra generar dudas donde antes había certeza, proporcionando así, la oportunidad de la reevaluación y producción de un nuevo aprendizaje (López Pell y Palumbo, 2013).

Se recomienda utilizar la técnica de Interrogatorio Socrático desde el momento inicial del tratamiento y a lo largo de todo el proceso. Está indicado para trabajar con clientes adolescentes y adultos, siendo apropiado en los casos de conflicto interno, malestar, trastornos de la personalidad, alteración del estado de ánimo, ansiedad, trastorno de la conducta alimentaria, etc. Está contraindicada para para trastorno de personalidad antisocial, TOC, adicciones, retraso mental, demencia, delirium, psicosis en fases agudas. Además, está contraindicada para el paciente que concurre con un malestar agudo (Wright y Beck 2000, citado en López Pell y Palumbo, 2013).

Las distorsiones cognitivas son formas erróneas de interpretar la realidad. Están presentes en distintos tipos de trastornos mentales (como la depresión, los trastornos alimentarios o el trastorno psicótico entre otros) y su descripción es habitual en delincuentes y personas violentas (Gannon, Ward, Beech y Fisher, 2007).

## Activación Conductual

La Activación Conductual según Dimidjian et al. (2008) puede definirse como un tratamiento psicosocial, estructurado y breve, fundamentado en el cambio conductual, que consigue aliviar la depresión presente y prevenir futuras recaídas. Como premisa fundamental establece que determinadas situaciones, y la respuesta de los sujetos a esas situaciones, reduce la posibilidad de obtener refuerzo desde el entorno. Por eso, las técnicas de tratamiento se dirigen a incrementar de forma sistemática la activación y a bloquear la evitación, a fin de que los sujetos logren un mayor contacto con las fuentes de recompensa. (Dimidjian et al., 2008)

En la Activación Conductual todo este conjunto de procedimientos se dirige

fundamentalmente a la reducción (o extinción) de las conductas de evitación. Al tiempo, se complementa la tarea con el reforzamiento positivo de los comportamientos que suponen activación, aunque este refuerzo es básicamente social. (Dimidjian et al., 2008).
En la Terapia de Activación Conductual para la depresión, en cambio, el reforzamiento semanal contingente a la ejecución de las tareas de activación se considera esencial, por lo que se programa, y se combina el reforzamiento social con el material (Hopko, Lejuez, Ruggiero et al., 2003). No obstante, según Lewinsohn y Graf (1973) lo que se espera al cabo es que las actividades que el sujeto recupera sean las que le provean del reforzamiento natural, que es la auténtica meta de ambas modalidades de terapia. Por ese motivo, no se plantea que el sujeto tenga que llevar a cabo tareas supuestamente gratificantes, ir al cine, verse con amigos, cenar con la pareja, hacer deporte, etc, como proponen Lewinsohn y Graf (1973), pues, dado el enfoque ideográfico, esas tareas podrían no ser realmente las que representan una fuente de reforzamiento o una exposición sino incluso otras formas de evitación (así, por ejemplo, ir al cine puede ser un afrontamiento deseable para un sujeto depresivo que no quiere salir ni mantener la concentración, pero una evitación para otro que escapa así de sus obligaciones). (Lewinsohn y Graf, 1973). Es importante señalar que este planteamiento enfatiza el valor del análisis funcional y supone dar cabida en el tratamiento de la depresión a las técnicas de exposición, que se han revelado tan útiles en el tratamiento de los cuadros ansiosos (Hopko, Lejuez, Ruggiero et al., 2003). Por lo que como explica el autor (Dimidjian et al., 2008) sí, por ejemplo, a un sujeto que, a fin de evitar la pena que le producen los recuerdos de una relación ya acabada, no ha cambiado nada de la casa, se le propone que se enfrente activamente al hecho de recoger todas las cosas de su ex pareja y que se las envíe por correo o que quede con ella para devolvérselas. En algunos casos, este tipo de trabajo tendrá que complementarse con role-playings, entrenamientos en asertividad y relajación o la incorporación de familiares o amigos a la terapia (Dimidjian et al., 2008).

# Casos Clínicos

## Caso 1

Diagrama de conceptualización cognitiva, Beck (2000, p.177)

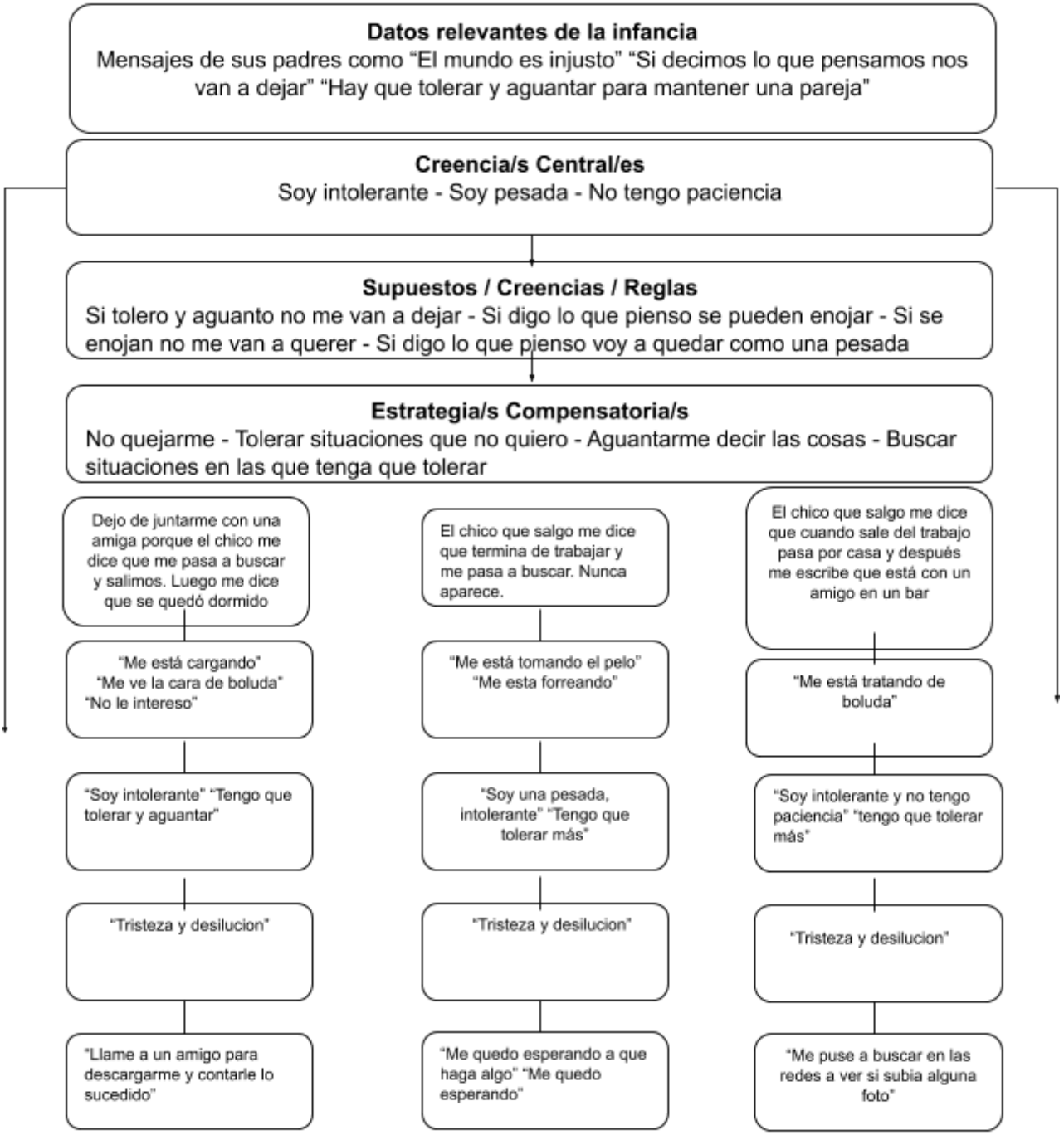


**Diagrama de formulación inicial de caso y plan de tratamiento de Persons (2008).**

**Nombre y otros datos identificatorios**:

Romina
37 años
Estudios Universitarios
Familia conviviente: Madre 60 años y padre 65
Reside en Zona Oeste desde hace 6 meses con su madre. Trabaja en Capital en una empresa de telefonía y para el Consejo de Magistratura
Realizo terapia psicológica desde el marco Psicoanalítico con anterioridad. Realizo terapia de grupo durante 3 meses en el 2014.
Situación socioeconómica Media

**A) Lista de problemas**

1. La relación con Martín con quien estuve de novia durante 2 años.
2. Las relaciones con los hombres en mi vida.
3. No tener control en las redes sociales, no puedo evitar estalkear a chicos con los que salí o salgo (buscar a personas)
4. Los celos que me agarran cuando veo cosas que no me parecen correctas.
5. El tener que volver a vivir con mis padres por cuestiones económicas cuando viví 7 años sola en Capital.
6. Tolerar ciertas situaciones que a veces son intolerables para los demás. (En general con hombres). Organizar mi vida en base a las cosas que quieren los demás.
7. No poder disfrutar del todo las cosas buenas que me pasan.
8. Tengo miedo que me vuelva a pasar lo mismo que con el resto de los hombres.

**B) Diagnóstico**

Eje I: F41.9 Trastorno de ansiedad no especificado [300.00]
Eje II: Z03.2 Sin diagnóstico en el Eje II (703). Rasgos de personalidad dependiente que no cumplen todos los criterios necesarios para un Trastorno de Personalidad.
Eje III: Sin enfermedades médicas
Eje IV: Problemas de vivienda. (Tuvo que ir a vivir a la casa de los padres)
Eje V: Escala de evaluación de la actividad global (EEAG) 70 puntos

**C) Hipótesis de trabajo**

Al menos tres situaciones problemáticas típicas, con sus pensamientos automáticos, emociones, conductas y significado que les da (Beck, 2000)

C1) Creencias Intermedias (supuestos y estrategias): “No es correcto ser intolerante” - Si aguanto y tolero situaciones de la vida voy a ser aceptada - Debe ser una persona muy tolerante y paciente - Sino tolero me van a dejar sola - Tengo que tolerar y aguantar así no me van a dejar - Tengo que ser más tolerante de lo que ellos piensan que puedo ser -

C2) Creencias nucleares con respecto a:

a) sí mismo: No me van a querer si no tolero- Me van a rechazar - No me van a aceptar si me enojo - Me voy a quedar sola

b) los otros: Hay que aceptar a las personas como son - Las personas sino las tolero me pueden abandonar - Las personas no me van a aceptar sino soy paciente -

c) la vida: En la vida hay que ser tolerante - La vida no es fácil - En la vida hay que tener paciencia

d) el futuro: Me voy a quedar sola - Es malo estar solo el dia de mañana

C3) Orígenes de estas creencias: Una madre que siempre tolero a un esposo que la maltrataba - Poco interés de su padre y ella tolerando para que el la quiera - Madre que hace sentir culpa - Mensajes de sus padres como “El mundo es injusto pero hay que aguantarlo así como es” “En la vida hay que tolerar y ser paciente” “Hay que hacer lo que los demás esperan para que nos quieran”

C4) Precipitantes: Mudanza de Capital a la casa de los padres en Zona Oeste - Rotura de relación con su novio de 2 años.

C5) Situaciones activadoras: Cuando alguien no cumple con lo que prometió - Cuando una persona que está conociendo la deja plantada - Cuando alguien que está conociendo no cumple con lo que dice - Cuando el chico que sale le dice una cosa y luego hace otra sin dar explicaciones.

C6) Resumen de la Hipótesis de Trabajo

**D) Fortalezas y ventajas del paciente:**

Paciente con mucha capacidad de escucha y activa a realizar cambios conductuales, realiza las tareas intersesión y tiene buena predisposición a la exposición a situaciones que le generan ansiedad.

Paciente con flexibilidad en sus pensamientos, que trabaja sobre las intervenciones que se realizan durante las sesiones.

**E) Plan de Tratamiento**

E1. Los objetivos convenidos con la paciente Romina son los siguientes:
1- Entender cómo funciona el modelo de ansiedad.
2- Poder aprender a no tolerar ni aguantar lo que no quiero
3- Aprender a tener vínculos más sanos con los hombres que conozco
4- Entender que enojarme no está mal y que tengo derecho a molestarme por ciertas conductas o situaciones
5- Poder decir las cosas que me molestan y enojan.

Los objetivos se medirán a través;
Registros de conductas y pensamientos automáticos al comienzo de la terapia, durante y al final de la misma.
Formulario de Creencias Centrales al comenzar la terapia, durante y al finalizar la misma.
Cuestionario de Preocupaciones de la Universidad Estatal de Pensilvania.

E2. Formato y frecuencia: El formato a realizarse es una Terapia Cognitiva Conductual Individual. Las sesiones se llevarán a cabo a razón de 1 por semana.

E3. Intervenciones que se utilizarán:
Se utilizará Psicoeducación con el modelo explicativo de la ansiedad, el diagrama de cómo se perpetúan los síntomas y los pensamientos durante las primeras sesiones y se volverá a explicar el modelo las veces que se requiera.
Identificación de los pensamientos automáticos. Se utilizará la reestructuración cognitiva para generar nuevas creencias modificando las incorporadas y no funcionales para Romina, a través de autorregistros de pensamientos automáticos, supuestos y creencias intermedias, factores de mantenimiento, y creencias centrales, con el fin de identificar las distorsiones cognitivas y los sesgos cognitivos que presenta el paciente.
Se utilizará la Técnica de Exposición progresiva a las conductas que evita la paciente y que perpetúan su cuadro ansioso. Se realizará una jerarquía de situaciones que se evitan junto con el paciente para luego trabajar sobre las mismas.

E4. Otros tratamientos que hacen falta

El paciente a la fecha no es necesario que realice otro tipo de tratamiento más que la Terapia Cognitiva Conductual que realiza. No es necesaria interconsulta psiquiátrica y tampoco Terapia Grupal.

E5. Problemas que pueden surgir: Que deje la terapia a causa de no poder afrontar ciertas situaciones porque no se expuso lo suficiente y no realice cambios en creencias centrales.

# Caso 2

Diagrama de conceptualización cognitiva, Beck (2000, p.177)

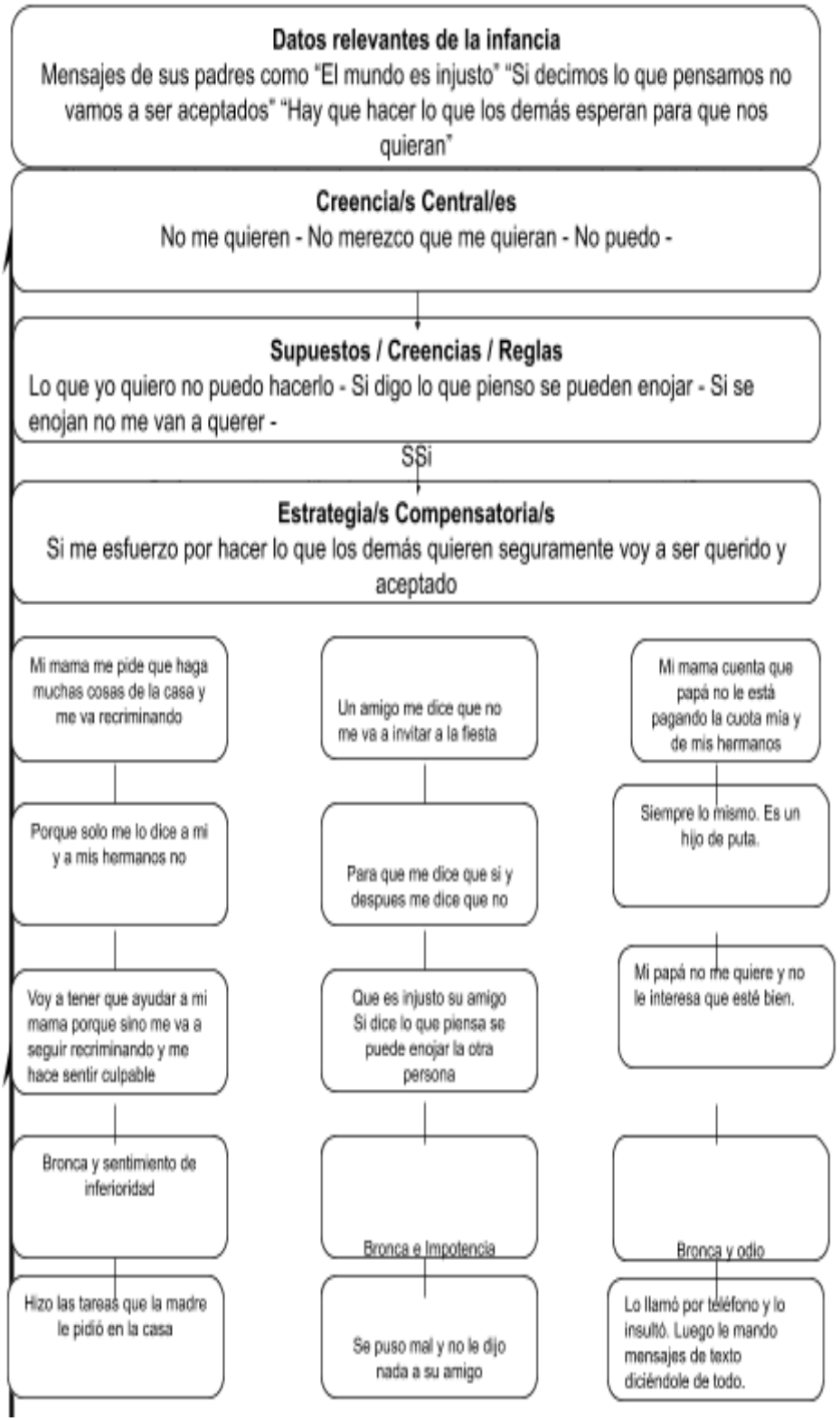


**Diagrama de formulación inicial de caso y plan de tratamiento de Persons (2008).**

**Nombre y otros datos identificatorios**:
Isidro
18 años
Cursando último año del secundario
Familia conviviente: Madre 50, Hermana 21, Hermano 24.
Padres separados
Padre casado con otra mujer con un hijo de 18 años fruto de la pareja.
Realiza terapia cognitiva conductual con otros dos terapeutas con anterioridad.
Residencia CABA. Se mudo hace 3 meses de San Isidro donde concurre al colegio.
Situación socioeconómica Media-Alta

**A) Lista de problemas**

1. La preocupación por mi mama. Que este sola y que nadie la ayude. La salud de ella, que no le pase nada.
2. El departamento y la convivencia con mi mama y sus hermanos.
3. La relación con mi hermano, al cual no lo puedo ni ver. ("lo odio y siento mucha bronca porque no hace nada y no ayuda en nada nunca, y siempre critica a mama¨)
4. El dinero en general, cartas documento del colegio, no tener dinero para pagar ciertas cosas, sentir que no puedo hacer nada para ayudar a su mamá.
5. La relación con mi padre. (No se hable desde hace 2 años). Termine la relación con él, a partir de que mi viejo no se preocupa y no los tiene en cuenta en su nueva relación de pareja con su esposa y el hijo de ella. (Quiero una relacion con mi padre pero siento que estoy enojado porque él no hace nada para acercarse).
6. No poder decir lo que siento en ciertas situaciones y justificar a los demás por sus acciones.
7. Que mi madre me exige mucho, y que siento culpa sino la ayudó en todo lo que le pide.
8. No hacer o decir ciertas cosas para que sus amigos no se enojen y justificar mi decisión evitando la exposición a expresame.

**B) Diagnóstico**

**Eje I:** "Estado de ansiedad y preocupación que no llega a encuadrar en un trastorno". "Rasgos evitativos y ansiosos".
**Eje II:** SIn Trastornos de Personalidad, ni retraso mental ni autismo.
**Eje III:** Sin enfermedades médicas preexistentes.
**Eje IV:** Problemas relativos al grupo primario de apoyo (Discusiones con sus hermanos permanentes, problemas de comunicación con su madre, no se relaciona con el padre)
**Eje V:** EEAG 80%

**C) Hipótesis de trabajo**

Se presentan a continuación tres situaciones problemáticas típicas, con sus pensamientos automáticos, emociones, conductas y significado desde Beck.

**C1) Creencias Intermedias (supuestos y estrategias):** Si hago lo que dicen me van a querer - Si expreso lo que me pasa me van a abandonar - Tengo que hacer lo que esperan de mí para que me quieran - Ellos me van a abandonar si pienso diferente - Mejor me mantengo callado para que no se la agarren conmigo - Si no ayudo a mama quizas me abandone como lo hizo mi papá - Tengo que ceder siempre

**C2) Creencias nucleares con respecto a:**

a) Sí mismo: No me van a querer - Me van a rechazar - No me van a aceptar - Me voy a quedar solo
b) Los otros: Las personas no cumplen con lo que prometen - Las personas me pueden abandonar - Las personas no me van a aceptar -
c) La vida: La vida no es justa - La vida no es fácil -
d) El futuro: El futuro va a ser difícil -

**C3) Orígenes de estas creencias:**

Sentimiento de abandono del padre - Poco interés del padre luego de su separación con la madre - Madre que hace sentir culpa - Mensajes de sus padres como “El mundo es injusto” “Si decimos lo que pensamos no vamos a ser aceptados” “Hay que hacer lo que los demás esperan para que nos quieran”

**C4) Precipitantes:**

Situación económica de la madre - Mudanza de San Isidro al Centro de CABA - Padre alejado sin vínculo que no cumple con la manutención de sus hijos - Falta de dinero para realizar actividades que siempre realizo.

**C5) Situaciones activadoras:**

Cuando algo le molesta - Cuando alguien lo deja de lado - Cuando hace lo que los demás quieren - Cuando no puede hacer lo que quiere.

**C6) Resumen de la Hipótesis de Trabajo**

El paciente Isidro es un joven que en su infancia sufrió la separación de sus padres cuando él tenía 2 años de edad. Esta situación vivida como abandono género en el creencias centrales sobre no ser querido, sobre abandono, y sobre quedarse solo. Las creencias intermedias del joven se relacionan con “si hago lo que los demás quieren… me van a aceptar, me van a querer, no me van a abandonar”. Este último año el paciente vivió dos mudanzas, hechos contextuales potenciaron sus creencias centrales y pensamientos automáticos. Al mismo tiempo la inestabilidad económica familiar a la que el no venia acostumbrado es interpretada por el joven como una situación amenazante que dan lugar a estos estados de ansiedad.

**D) Fortalezas y ventajas del paciente:**

Paciente con mucha capacidad de escucha y activo a realizar cambios y exposiciones a situaciones temidas.
Paciente que viene constante a la terapia y se hace del espacio que se le otorga.
El joven muestra mucho interés al funcionamiento en la fase Psicoeducativa, pudiendo hacerse propio lo que se trabaja en la sesión.
Paciente con flexibilidad en sus pensamientos e introspectivo con sus emociones y cogniciones.

**E) Plan de Tratamiento**

**E1.** Los objetivos convenidos con el paciente Isidro son los siguientes:

**1-** Poder realizar un acercamiento con mi padre
**2-** Mejorar la comunicación con mi mama y poder expresar lo que me pasa y lo que quiero
**3-** Poder tener mejor vínculo con mi hermano Raúl
**4-** Poder decir las cosas que quiero de forma asertiva
**5-** Estar menos preocupado por las cosas que le suceden a mi mama

**Los objetivos se medirán a través;**

En primera instancia al finalizar las diferentes sesiones se le pedirá al paciente un feedback sobre lo trabajado en la sesión.
Se realizarán también registros de conductas, pensamientos y emociones al comienzo de la terapia, durante todo el transcurso de las sesiones y al final de la misma.
También se realizará una evaluación de las Habilidades Sociales del paciente al comienzo de la terapia, durante y al final de la misma.
Se le administrara el Cuestionario de Preocupaciones de la Universidad Estatal de Pensilvania.

**E2. Formato y frecuencia:** El formato a realizarse es una Terapia Individual de 1 hora con alguna intervención con toda la familia en el caso que se considere necesario que concurran al espacio del paciente. Las sesiones se llevarán a cabo semanalmente.

**E3. Intervenciones que se utilizarán:**

El tratamiento se dividirá en fases, Psicoeducación, Reestructuración Cognitiva, Modificación conductual (Exposición) y Mantenimiento.
Se utilizará Psicoeducación con el modelo explicativo de la ansiedad y la evitación en las primeras sesiones y se volverá a explicar todo el tiempo que se requiera.
Se utilizará la reestructuración cognitiva para generar nuevas creencias modificando las incorporadas, a través de autorregistros de pensamientos automáticos, supuestos y creencias intermedias, factores de mantenimiento, y creencias centrales, con el fin de identificar las distorsiones cognitivas y los sesgos cognitivos que presenta el paciente.

Se utilizará la Técnica de Exposición progresiva a las conductas que evita el paciente.
Se realizará una jerarquía de situaciones que se evitan junto con el paciente.

**E4. Otros tratamientos que hacen falta**

El paciente a la fecha no es necesario que realice otro tipo de tratamiento, ni grupal, ni farmacológico. En el caso de que los síntomas evitativos persistan podría pensarse en un dispositivo grupal acompañando el tratamiento individual.

**E5. Problemas que pueden surgir:**

Que la madre no pueda continuar pagando el tratamiento ya que la situación económica de la familia no está pasando por su mejor momento.
Que el paciente no quiera continuar con el tratamiento, ya que a pesar de realizar la terapia por propia iniciativa, en situaciones donde surge alguna actividad tiende a postergar alguna sesión.

# Caso 3

Diagrama de conceptualización cognitiva, Beck (2000, p.177)

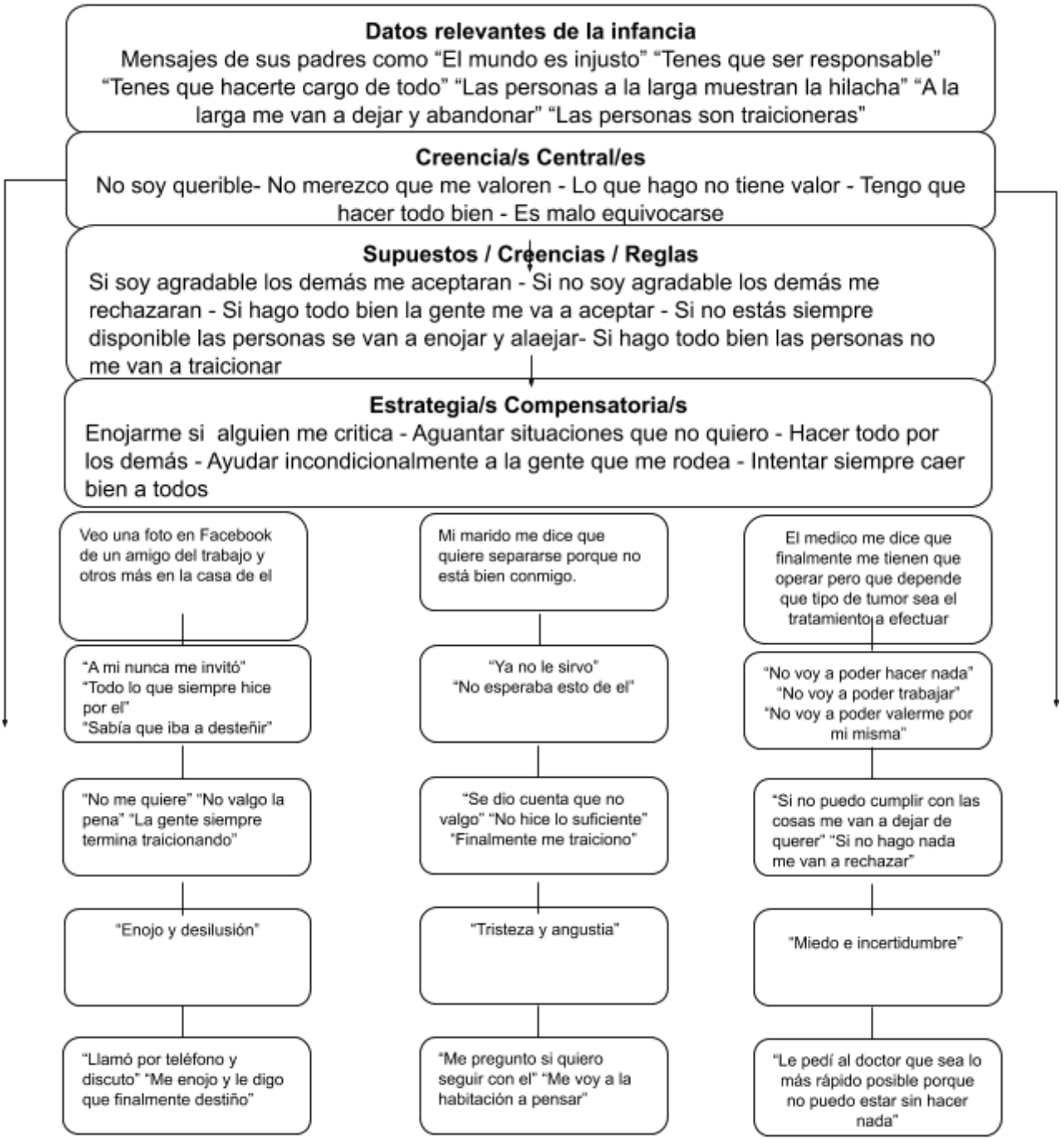


**Diagrama de formulación inicial de caso y plan de tratamiento de Persons (2008).**

**Nombre y otros datos identificatorios**:

Jaqueline
47 años
Estudios Universitarios Incompletos
Familia conviviente: Esposo de 50 años e Hijo menor de 17 años.
Reside en Zona Oeste desde hace 10 años anteriormente vivió en Caballito CABA. Es su tercer matrimonio, no tiene hijos con Julio la pareja actual con la que está en pareja desde hace 10 años. Trabaja en CABA en un organismo oficial y viaja cada día en combi a su trabajo.
Realizó varias terapias psicológicas en su vida, según ella nunca se sintió a gusto, porque se sentía ignorada o que la profesional no le prestaba la debida atención.
Situación socioeconómica Media.

**A) Lista de problemas**

1. Los sentimientos negativos y los enojos que me provocan muchas situaciones de la vida.
2. EL porque me siento culpable cuando hago cosas que a veces quiero
3. La relación con mi hijo Ramiro de 17 años que tuvo diagnóstico psiquiátrico hace un tiempo
4. La relación con mi actual pareja y marido Julio, que siento que está desgastada.
5. Mi trabajo y las relaciones con las personas que veo cada dia.
6. Los sentimientos que tengo cuando veo injusticias en el dia a dia.
7. La relación con mi hija que está por casarse y vive en CABA.
8. La dificultad para decir que no a ciertas cuestiones y a las personas.
9. Los problemas de salud que tengo por cómo vivía en mi juventud.
10. Situaciones de la vida cotidiana en las que terminó discutiendo en diferentes lugares.

**B) Diagnóstico**

Eje I: F41.9 Trastorno de ansiedad no especificado [300.00]

Eje II: Z03.2 Sin diagnóstico en el Eje II (703). Rasgos de personalidad límite que no cumplen todos los criterios necesarios para un Trastorno de Personalidad.
Eje III: Tumor de mama, Benigno.
Eje IV: Problemas laborales. Problemas relativos al grupo primario de apoyo
Eje V: Escala de evaluación de la actividad global (EEAG) 60 puntos

**C) Hipótesis de trabajo**

Al menos tres situaciones problemáticas típicas, con sus pensamientos automáticos, emociones, conductas y significado que les da (Beck).

C1) Creencias Intermedias (supuestos y estrategias):
Si soy agradable las personas me van a aceptar - Tengo que hacer todo bien para que las personas no me traicionen - Está mal equivocarse - Tengo que hacer todo bien para que me quieran - Si soy incondicional con las personas quizás no me abandonen

C2) Creencias nucleares con respecto a:
a) sí mismo: No valgo lo suficiente - Las cosas que hago no alcanzan - Si hago todo bien no me van a abandonar
b) los otros: Con el tiempo las personas te traicionan - Tengo que hacer todo por los demás para que me quieran.
c) la vida: La vida es injusta - La vida no es fácil - Hay que aceptar que en la vida las personas abandonan.
d) el futuro: Todo el mundo con el tiempo te traiciona - el futuro genera mucha incertidumbre y malestar

C3) Orígenes de estas creencias: Madre que jamás valoro lo que hacia su hija - Padres poco afectivo - Madre que le pegaba si no realizaba las tareas obligatorias que debía aun siendo ella una niña - Obligaciones de adulta teniendo 6 años, responsabilidad con los hermanos - Madre que hace sentir culpa - Mensajes de sus padres como “Tenes que cumplir con tus obligaciones” “Haces todo mal” “No haces los suficiente” “No tienes que equivocarte porque eso está mal”.

C4) Precipitantes: Una mala relación con su hijo que va en aumento - Situaciones laborales en las que cada vez está más incómoda y peleas con compañeras - Enfermedad médica

recientemente diagnosticada.

C5) Situaciones activadoras: Cuando alguien no cumple con lo que prometió. Cuando alguien no hace las cosas como deben ser para ella. Cuando alguien no cumple con lo que dice que va a hacer. Cuando se cometen actos de injusticia para ella en la vida cotidiana (alguien que se le cuela en la fila de la combi). Cuando alguien le dice que hace algo mal. Cuando siente que la dejan de lado. Cuando no le prestan la suficiente atención.

C6) Resumen de la Hipótesis de Trabajo

**D) Fortalezas y ventajas del paciente:**

Paciente con buenas aptitudes para leer sus sentimientos y con la cual desde la primera sesión se generó una buena alianza terapéutica, lo cual es fundamental para que las intervenciones terapéuticas tengan muy buenos resultados.

Paciente con mucha motivación a realizar cambios en sus conductas ya que observa que las cosas como las viene realizando no están teniendo buenos resultados. Otra fortaleza destacable es su excelente adhesión al tratamiento y que no falta a las sesiones.

**E) Plan de Tratamiento**

E1. Los objetivos convenidos con la paciente Jaqueline son los siguientes:

1- Entender cómo funciona el modelo de ansiedad a través de psicoeducación y como es mi propio circuito ansioso.

2- Aumentar mi autoestima, generando pensamientos y conductas más beneficiosas para mi calidad de vida y mi salud mental.

3- Aprender a decir las cosas que me molestan de la mejor manera, y para esto evitar llegar a niveles de ansiedades alto por afrontar las situaciones que me incomodan,

4- Entender que enojarme no está mal y que puedo hacerlo de una manera respetuosa.

5- Entender que las personas no van a actuar de la manera que yo espero, pero si puedo trabajar en yo actuar de otra manera y pensar de otra manera para ver las cosas diferentes y con unos lentes menos patológicos para mi.

6- Aprender a ver las situaciones de la vida cotidiana desde otra perspectiva sin juzgar todo el tiempo a los demás.

***Los objetivos se medirán a través;***

Registros de conductas y pensamientos automáticos al comienzo de la terapia, durante y al final de la misma.

Formulario de Creencias Centrales al comenzar la terapia, durante y al finalizar la misma.

Cuestionario de Preocupaciones de la Universidad Estatal de Pensilvania.

Escala de Autoestima de Rosenberg, al comienzo, a mitad del tratamiento y al final del mismo. .

E2. Formato y frecuencia: El formato a realizarse es una Terapia Cognitiva Conductual Individual. Las sesiones se llevarán a cabo a razón de 1 por semana.

E3. Intervenciones que se utilizarán:

Se utilizará Psicoeducación con el modelo explicativo de la ansiedad, el diagrama de cómo se perpetúan los síntomas y los pensamientos durante las primeras sesiones y se volverá a explicar el modelo las veces que se requiera.

Identificación de los pensamientos automáticos. Se utilizará la reestructuración cognitiva para generar nuevas creencias modificando las incorporadas y no funcionales para Jaqueline, a través de autorregistros de pensamientos automáticos, supuestos y creencias intermedias, factores de mantenimiento, y creencias centrales, con el fin de identificar las distorsiones cognitivas y los sesgos cognitivos que presenta la paciente.

Se utilizará la Técnica de Exposición progresiva a las conductas que evita la paciente y que perpetúan su cuadro ansioso. Se realizará una jerarquía de situaciones que se evitan junto con el paciente para luego trabajar sobre las mismas.

E4. Otros tratamientos que hacen falta

El paciente a la fecha no es necesario que realice otro tipo de tratamiento más que la Terapia Cognitiva Conductual que realiza. No es necesaria interconsulta psiquiátrica y tampoco Terapia Grupal. En el caso de que por causas médicas la paciente presente síntomas que fundamenten un Ataque de Pánico se realizará la interconsulta psiquiátrica.

E5. Problemas que pueden surgir:

Que se rompa la alianza terapéutica si no se cumple con alguna de las reglas del encuadre terapéutico y que ella sienta que la defraudamos.

Que no quiera cumplir con las tareas intersesión por lo cual el tratamiento no tendrá la eficacia que debería.

# Conclusiones

El presente trabajo final de la especialización en terapia cognitiva tuvo como eje central la sistematización de 3 casos clínicos con el objetivo de mostrar las herramientas y las técnicas adquiridas y perfeccionadas durante dicho tramo académico, haciendo énfasis en la importancia de la conceptualizacion cognitiva, concepto que fue abordado desde el comienzo por el Dr. López Pell a lo largo de los seminarios teoricos y practicos.

El objetivo global del trabajo es realizar un recorrido con a modo de conclusión del ciclo y tramo formativo de Especialista y se realizó a través de un tipo de metodología sistemática a partir de tres casos clínicos que se fueron presentando a lo largo de la cursado en los espacios de supervisión práctica.

Durante la realización de este trabajo final se pudo volcar todas las aristas aprendidas tanto teóricas como prácticas a lo largo del recorrido académico.

A lo largo de la investigación se fue evidenciando los conocimientos aprendidos, que dieron sus frutos y pueden ser observables por el terapeuta a la hora de conceptualizar un caso clínico y poner en práctica las herramientas y técnicas desde el marco cognitivo y conductual.

Es indispensable contar con la formación de postgrado para realizar un buen trabajo como terapeutas clínicos así como también su posterior actualización constante con el fin de lograr la excelencia en la práctica de la profesión (García, 2009) y utilizar los tratamientos más efectivos y que muestran mayor evidencia científica en experimentos.

En este caso los tres casos planteados se seleccionaron por ser pacientes diagnosticados con trastornos del espectro de la ansiedad, con características similares. (DSM IV-TR, 2002). Posteriormente se realizó un detalle de las técnicas y herramientas utilizadas por el terapeuta para su abordaje, las cuales a lo largo de toda la trayectoria académica fueron practicadas a través de las supervisiones con el Dr. López Pell.

La técnica de psicoeducación es una herramienta fundamental en el tratamiento Cognitivo Conductual (Bulacio et al. 2004), en el recorrido académico se aprendió cómo utilizarla correctamente con el fin de que el paciente entienda que le está ocurriendo y los motivos de las tareas generalizadoras de cambios cognitivos o conductuales, a la vez de entender la patología y sus características y poder juntos construir los objetivos de trabajo. De esto no hay duda que se desprende la alianza terapéutica que es fundamental al momento de

construir el vínculo con el paciente y es el mejor predictor de la eficacia de la terapia a futuro. (Andrade, González y Nelson, 2005)

Por otro lado la técnica de Reestructuración Cognitiva, técnica fundamental en los procesos de modificación y cambios en los pensamientos disfuncionales y las distorsiones cognitivas. (Ellis, 1971). Durante el recorrido de las supervisiones se pudo mejorar la calidad de manejo de la técnica y comprobar su eficacia.

Otra técnica que se utilizó y se pudo ver en la especialización y es también base de la terapia Cognitiva es la Exposición ya que es fundamental que los pacientes aprendan esta técnica de afrontamiento, fue fundamental el proceso de práctica y la supervisión de la misma a través de las asignaturas prácticas. (Bados Lopez y Garcia Grau, 2005)

La carrera de especialización es fundamental a la hora formarse como terapeutas clínicos en esta área tanto para reforzar conceptos como para ejercer como buenos terapeutas. (García, 2009).

En mi opinión personal todo psicólogo que quiera ejercer como terapeuta clínico deberá cursar una carrera de especialización con fundamento empírico y validado. En la investigación de García, (2009) el 47.8% de los encuestados estudiantes de la carrera de Psicología consideró que no es necesaria la formación científica para un buen desempeño profesional, por lo que podemos observar que en Argentina hoy dia muchos de los graduados continúan con este tipo de pensamiento que no trae más que precariedad y falta de rigor científico a nuestra profesion que tiene mucho camino por recorrer a nivel científico e investigativo.

Creo fuertemente que la psicología está creciendo en el mundo entre las ciencias y está siendo tomada como tal gracias a el trabajo de miles de investigadores que realizan la excelente labor de generar conocimiento validado a través de investigaciones. Si continuamos manteniendo como base troncal en la currícula de Universidades prestigiosas de nuestro país marcos teóricos que a su vez no lo son ya que no están validados empíricamente, seguiremos siendo tomados como charlatanes pseudocientíficos. Aun así existiendo estas líneas teóricas que por mi parte no considero ciencia porque no cumplen con criterios para serlo, creo que la profesionales de la salud mental estamos cada vez más de acuerdo que la especialización y la actualización constante son necesaria para ser buenos profesionales y principalmente porque lo exige la ética deontológica de nuestra profesión, al igual que estaríamos incurriendo una negligencia si no estuviéramos otorgando el mejor tratamiento empíricamente validado dentro de una psicopatología.

En una encuesta que realizaron Benito y Elmasian (2009) sobre los hábitos de lectura de estudiantes de psicología de la UBA y de una muestra de 392 estudiantes, el 50% no tiene

interés en mantenerse actualizado sobre su disciplina, sólo un 18,1% lee revistas científicas o de divulgación científicas, un 18,6% conoce algún proyecto de investigación de la facultad y tan solo 3,3% participa en alguna investigación, estos datos reflejan la falta de interés en la actualización durante la carrera de grado cuestión que luego se mantiene al recibirse como psicólogos.

Puedo decir que la carrera de especialización me facilitó muchas herramientas que desconocía y me ayudó a aplicar mejor otras que ya utilizaba como terapeuta, por otro lado el uso de la conceptualización como base de todo tratamiento desde el primer dia en que me comunico con el paciente es un concepto que me llevo arraigado y que aprendí a utilizar de una manera mucho más eficaz y correcta gracias a la constante supervisión del Dr. López Pell en el área práctica de la carrera.

Creo fervientemente en la obligación como agentes de la salud de nuestra constante actualización y perfeccionamiento motivo por el cual seguiré estudiando para cada dia mejorar mis habilidades como terapeuta.

# Referencias

Anderson, C., Douglas, R. & Hogarty, G. (1988) *Esquizofrenia y familia: guía práctica de psicoeducación*. Buenos Aires, Argentina, Amorrortu.

Andrade G. N., (2005). La alianza terapéutica. Clínica y Salud, 16(1),9-29.[fecha de Consulta 21 de Julio de 2020]. ISSN: 1130-5274. Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=1806/180616109001

Antona, C., García-López. L., Yela, J., Gómez, M., Salgado, A., Delgado, D., y Urchaga, J. (2006). Eficacia de la exposición y la reestructuración cognitiva en jóvenes adultos con trastorno de ansiedad social. Universidad Pontificia de Salamanca; Universidad de Granada (España) Psicología Conductual, Vol. 14, Nº 2,pp. 183-200

Bados A. & García, E. (2011).Técnicas De Exposición. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona p.p. 2-3.

Barlow DH, Allen LB, Choate ML.(2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. Behav Ther 35: 205-230

Barlow, D. H.,(2002). Anxiety and its disorders: The nature and treament of anxiety and panic. 2nd ed. New York : Guilford Press.

Barraca J., (2009). La activación conductual y la terapia de activación conductual para la depresión. Dos protocolos de tratamiento desde el modelo de la activación conductual. Departamento de Psicología. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Camilo José Cela edupsykhé, Vol. 8, No. 1, 23-50

Beck A, Emery G, Greenberg RL. (1985). Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective. New York: Basic Books

Beck, A., & Clark D. (2012). *Terapia Cognitiva para Trastornos de Ansiedad*. Barcelona: Biblioteca de Psicología. Descleé De Brouwer.

Beck, A., A. John Rush, Shaw B. and Emery G., (1979). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. 17th ed. Bilbao: Descleé de Brouwer. [ Links ]

Beck, J. (2000). *Terapia Cognitiva. Conceptos básicos y profundización*. Barcelona: Editorial Gedisa S.A.

Benito, E.; Elmasian, M. (2009). Hábitos de acceso informacional en estudiantes de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Memorias del I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XVI Jornadas de Investigación y Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur (pp.458-459). Buenos Aires: Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires

Bulacio, J., Vieyra M., Alvarez D. & Benatuil D. (2004). *El uso de la psicoeducación como estrategia terapéutica*. XI Jornadas de Investigación. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Burns, D. (1980). Sentirse bien. Nueva York Signet

Chelminski, I., & Zimmerman, M. (2003). Pathological worry in depressed and anxious patients. *Journal of Anxiety Disorders, 17*(5), 533–546. https://doi.org/10.1016/S0887-6185(02)00246-3

Clark, D.M. (1989). Anxiety states: Panic and generalized anxiety. En K. Hawton, P.M. Salkovskis, J. Kirk y D.M. Clark (Eds.), Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: A practical guide (pp. 52-96). Oxford: Oxford University Press.

Clark, D.M. (1989). Anxiety states: Panic and generalized anxiety. En K. Hawton, P.M. Salkovskis, J. Kirk y D.M. Clark (Eds.), Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: A practical guide (pp. 52-96). Oxford: Oxford University Press.

Díaz M.,García Ruiz M. Fernández Villalobos A., (2017) Manual de Técnicas y Terapias Cognitivo Conductuales. Barcelona: Biblioteca de Psicología. Descleé De Brouwer. .

Díaz, J., González, E. & Varela, C. (2001). *Psicoeducación: Modelos para Esquizofrenia, Depresión, Trastornos por Déficit de Atención, Trastornos de Alimentación. Programa de Actualización Continua en Psiquiatría*. Neurociencias. PAC-3 APM , Libro 6, p.p. 299-320.

Dimidjian, S., Dobson, K. S., Hollon, S. D., Schmaling, K. B., Kohlenberg, R. J., Gallop, R. J., Rizvi, S. L., Gollan, J. K., Dunner, D. L., & Jacobson, N. S. (2008). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the prevention of relapse and recurrence in major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,*

*76*(3), 468–477

DSM IV-TR. (2002). Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales.Barcelona: Masson. American Psychiatric Association.

Ellis, A. (1979a). The theory of rational-emotive therapy. En A. Ellis y J.M. Whiteley (Eds.), Theoretical and empirical foundations of rational-emotive therapy (pp. 33-60). Monterrey, CA: Brooks/Cole.

Fallon, R. & Pederson, J. (1992). A family management in the prevention of exacerbation of schizophrenia: a controlled study. New England Journal of Medicine, 306, 1437-1440.

Falloon, I. R., McGill, C. W., Boyd, J. L., & Pederson, J. (1987). Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia: Social outcome of a two-year longitudinal study. *Psychological Medicine, 17*(1), 59–66. https://doi.org/10.1017/S0033291700012988

Gabalda, I. (2007). Manual teórico-práctico de psicoterapias cognitivas. Barcelona: Biblioteca de Psicología. Descleé De Brouwer.

Gannon, T. A., Ward, T., Beech, A. R., y Fisher, D. (Eds.). (2007). *Aggressive Offenders' Cognition: Theory, research, and practice.* Chichester, UK: John Wiley & Sons.

García, L. (2009). “La disciplina que no es, los déficit en la formacion del psicologo Argentino”. PSIENCIA: Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica, ISSN 1851-9083, ISSN-e 2250-5504, Vol. 1, Nº. 2

García-Cabeza, E. (2008) *Evolución de la psicoterapia en la esquizofrenia*. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 28 (101): 9-25.

Hoffman, P. & Fruzzetti, A. (2007). *Advances in Interventions for Families with a Relative with a Personality Disorder Diagnosis*. Current Psychiatry Reports. 9:68– 73.

Hopko, D., Lejuez C., Ruggiero, K., & Georg H. (2003). Contemporary behavioral activation treatments for depression: Procedures, principles, and progress. Clinical Psychology Review. 23(5): 699-717.

Krijn, M., Emmelkamp, P., Ólafsso, R., y Biemond, R. (2004). Virtual reality exposure therapy of anxiety disorders: a review. Clinical Psychology Review, 24(3), 259-281

Lewinsohn, P. M., & Graf, M. (1973). Pleasant activities and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 41*(2), 261–268. https://doi.org/10.1037/h0035142

López Pell, A, F & Palumbo, A, C (2013). Material de entrenamiento de la carrera de especialización en Terapia Cognitiva. Material de cátedra. Extraído de https://es.scribd.com/document/374750625/Grilla-Descubrimiento-guiado

Martínez-González, J., Albein-Urios, N., Munera, P. & Verdejo-García, A. (2012). La psicoeducación como estrategia para mejorar el apoyo familiar percibido del paciente con dependencia al alcohol y trastorno de la personalidad. International Journal of Psychological Research. 5(1): 18-24.

Norris, F. H., (2005). Psychosocial Consequences of Natural Disasters in Developing Countries: What Does Past Research Tell Us About the Potential Effects of the 2004 Tsunami?. National Center for PTSD.

Rodebaugh, T., & Chambless, D., (2004). Cognitive therapy for performance anxiety. Journal of Clinical Psychology 60(8):809-20. DOI: 10.1002/jclp.20039

Spielberger, C. D. (1985). Anxiety, cognition and affect: A state-trait perspective. In A. H. Tuma & J. D. Maser (Eds.), *Anxiety and the anxiety disorders* (p. 171–182). Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Starcevic V., & Berle, D., (2006). Cognitive specificity of anxiety disorders: a review of selected key constructs. Depression and Anxiety, 23, 51-61.