

Prácticas de PS1034

Evaluación e intervención clínica

Soledad Quero Castellano
Amanda Díaz García
Alba López Montoyo
Juana M.^a Bretón López
Berenice Serrano Zárata
Azucena García Palacios
Cristina Botella Arbona

Col·lecció «Sapientia», núm. 167

PRÁCTICAS DE PS1034 EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN CLÍNICA

Soledad Quero Castellano
Amanda Díaz García
Alba López Montoyo
Juana M.^a Bretón López
Berenice Serrano Zárata
Azucena García-Palacios
Cristina Botella Arbona

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA BÁSICA, CLÍNICA Y PSICOBIOLOGÍA

■ Codi assignatura: PS1034

Edita: Publicacions de la Universitat Jaume I. Servei de Comunicació i Publicacions
Campus del Riu Sec. Edifici Rectorat i Serveis Centrals. 12071 Castelló de la Plana
<http://www.tenda.uji.es> e-mail: publicacions@uji.es

Col·lecció Sapientia 167
www.sapientia.uji.es
Primera edició, 2020

ISBN: 978-84-17900-45-8
DOI: <http://dx.doi.org/10.6035/Sapientia167>



Publicacions de la Universitat Jaume I és una editorial membre de l'UNE, cosa que en garanteix la difusió de les obres en els àmbits nacional i internacional.
www.une.es



Reconeixement-CompartirIgual

CC BY-SA

Aquest text està subjecte a una llicència Reconeixement-CompartirIgual de Creative Commons, que permet copiar, distribuir i comunicar públicament l'obra sempre que s'especifiqui l'autoria i el nom de la publicació fins i tot amb objectius comercials i també permet crear obres derivades, sempre que siguin distribuïdes amb aquesta mateixa llicència.

<http://creativecommons.org/licenses/by-sa/3.0/legalcode>

Aquest llibre, de contingut científic, ha estat avaluat per persones expertes externes a la Universitat Jaume I, mitjançant el mètode denominat revisió per iguals, doble cec.

ÍNDICE

Justificación	7
Prácticas de problemas	11
1. Práctica 1: La formulación de caso	11
2. Práctica 2: El tratamiento del trastorno de pánico y la agorafobia ...	15
3. Práctica 3: El tratamiento de la depresión	15
Seminarios	19
1. Seminario 1: La entrevista clínica	19
2. Seminario 2: Instrumentos de evaluación específicos para trastornos concretos	21
• Entrevista para los Trastornos de Ansiedad Revisada (ADIS-R). Sección T. Pánico	21
• Índice de Sensibilidad a la Ansiedad (ASI)	23
• Escala de Gravedad del Trastorno de Pánico (PDSS)	24
• Escala de Agorafobia (AS)	26
• Entrevista para los Trastornos de Ansiedad Revisada (ADIS-R). Sección Fobia social	27
• Escala de Miedo a la Evaluación Negativa (FNE)	27
• Escala de Evitación y Malestar Social (SAD)	30
• Inventario de Ansiedad y Fobia Social (SPAI)	31
• Escala de Ansiedad ante la Interacción Social (SIAS)	33
• Test de Autoafirmaciones en Interacciones Sociales (SISST)	34
• Inventario de Depresión (BDI)	36
• Cuestionario de Pensamientos Automáticos (ATQ)	38
• Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS-A)	39
• Escala de Desesperanza (HS)	41
3. Seminario 3: Seminario de discusión	43
4. Seminario 4: Resolución de casos	44
Prácticas de laboratorio	51
1. Laboratorio 1: El tratamiento del trastorno de pánico y la agorafobia ...	52
2. Laboratorio 2: El tratamiento del trastorno de ansiedad social	57
3. Laboratorio 3: El tratamiento de la depresión	61
4. Laboratorio 4: Tratamiento de los trastornos emocionales	71
Anexos	83

Justificación

La asignatura PS1034 Evaluación e intervención clínica constituye una de las materias básicas en la trayectoria del alumno de Grado en Psicología, tanto si su interés gira en torno al ámbito clínico, como si se siente inclinado hacia otras áreas de esta disciplina como la psicología educativa o social. Con esta materia se pretende cubrir las áreas de evaluación e intervención en psicología clínica. En la primera parte de la asignatura, el objetivo es que el alumno adquiera las habilidades necesarias para llevar a cabo una evaluación clínica adecuada y completa. Para ello, se presentan los instrumentos utilizados en la evaluación clínica, la entrevista clínica, la formulación de casos, la planificación del tratamiento y la toma de decisiones y el juicio clínico. En la segunda parte, se pretende que el alumno aprenda la evaluación específica que se recomienda llevar a cabo en distintos trastornos psicológicos (fobia específica, trastorno obsesivo-compulsivo, trastornos del estado de ánimo...) y los programas de tratamiento psicológico basados en la evidencia que existe en la actualidad para dichos trastornos. La asignatura consta de 6 créditos ECTS con 75 horas presenciales y está basada en clases teóricas, prácticas de problemas, prácticas de laboratorio, seminarios y tutorías.

El objetivo fundamental que se pretende por medio de las prácticas es comenzar a desarrollar una serie de habilidades específicas que serán necesarias para el alumno en su vida profesional. Además, las clases prácticas ayudan al alumno a asentar y consolidar el conocimiento de los aspectos teóricos, por lo que las prácticas que se han diseñado están totalmente relacionadas con los temas teóricos estudiados en la guía docente general de la asignatura. Las clases prácticas de Evaluación e intervención clínica se ajustan a las siguientes directrices generales:

- 1) Se insiste en la necesidad y en la conveniencia de formar a los estudiantes como verdaderos científicos-profesionales para que, con sus posteriores trabajos, contribuyan al enriquecimiento y al desarrollo de este campo.
- 2) Se considera central enseñar a los estudiantes a llevar a cabo modos de intervención concretos. Ante un hipotético problema, qué técnica o técnicas utilizar justificando en cada caso la elección realizada y valorando los pros y los contras de otras posibles estrategias alternativas o, en su caso, complementarias; además, claro está, del modo específico en que dichas técnicas se aplican.
- 3) Se considera fundamental que el alumno llegue a comprender la necesidad de establecer los controles adecuados ante cualquier tipo de intervención

para poder valorar el trabajo realizado y los efectos que dicha intervención pudiera tener.

Algunos aspectos de estos objetivos se cubren por medio de las explicaciones generales que lleva a cabo el profesor en clase. Sin embargo, en su mayor parte, se escapan del estrecho marco de la lección magistral y es necesario recurrir a otros métodos docentes. Sin duda alguna, métodos docentes más aplicados, como las clases prácticas o los seminarios, constituyen uno de los aspectos más importantes en disciplinas de estas características.

La asignatura PS1034 Evaluación e intervención clínica incluye un total de 24 horas de clases prácticas presenciales distribuidas en prácticas de problemas (4 horas), seminarios (12 horas) y laboratorios (8 horas). A continuación, se presentan detalladamente los distintos tipos de prácticas incluidas en la asignatura.

Prácticas de problemas

Prácticas de problemas

1. OBJETIVOS

Las prácticas de problemas tienen como objetivo profundizar, por un lado, en la adquisición de las habilidades necesarias para llevar a cabo una formulación completa de un caso y, por otro lado, mostrar a los alumnos las habilidades básicas que debe conocer un terapeuta cognitivo-conductual que se enfrente a determinados trastornos emocionales.

2. DURACIÓN

Se llevarán a cabo durante 4 horas.

3. PRÁCTICAS DE PROBLEMAS QUE SE DEBEN REALIZAR

1. Práctica 1: La formulación de caso

Tipo de trabajo: EN GRUPO

Duración: 2 horas

- *Primera hora:* El profesor/a explicará con un ejemplo las fases incluidas en la formulación de caso en psicología clínica y entregará a los alumnos otros ejemplos de casos para que, en grupos pequeños, los analicen y realicen su formulación completa.
- *Segunda hora:* Los grupos presentarán los casos trabajados en clase y recibirán retroalimentación, tanto por parte del profesor como por parte del resto de sus compañeros.

Objetivo de la actividad: mejorar el aprendizaje del tema 2. Análisis funcional y formulación de casos.

Los objetivos principales de esta práctica son que los alumnos reflexionen y practiquen acerca de las fases incluidas en la formulación de casos en psicología clínica:

- 1) Fase descriptiva (definición y análisis del problema)
- 2) Fase inferencial (diagnóstico y formulación de un modelo psicopatológico)
- 3) Fase de planificación del tratamiento
- 4) Fase de evaluación y resultados

A continuación, se presenta un caso práctico y el guion que se ha de seguir para la formulación de casos.

CASO PRÁCTICO

El paciente M es un hombre soltero de 25 años que trabaja como comercial en una empresa de telefonía móvil. El motivo de consulta que refiere el paciente es el intenso malestar que siente cuando se encuentra en su lugar de trabajo y tiene que interactuar con los clientes. El cargo que tiene M le obliga a relacionarse con todo tipo de personas y vender el producto de la empresa, por este motivo M siente que la situación en la que se encuentra le está interfiriendo gravemente en el área laboral. El paciente comenta sentirse muy nervioso en las situaciones en las que tiene que hablar con clientes, se le seca la boca y le tiemblan las manos, hecho que constantemente dificulta la tarea que está realizando en ese momento. Cuando se encuentra delante de personas, M piensa que no hará bien la tarea y que van a reírse de él. Además, este miedo persistente ante este tipo de situaciones sociales se va agravando con el tiempo. M refiere sentirse nervioso todas las mañanas antes de acudir al lugar de trabajo, además siente taquicardia momentos antes de entrar en la empresa, así como sudoración y sofocos. Constantemente, cuando está en casa preparándose para salir al trabajo, le acuden pensamientos del tipo «Algún día perderé el control y me pondré a llorar delante de los clientes». Además, M ha llegado a no acudir al lugar de trabajo aludiendo estar enfermo. El paciente también delega en otros compañeros las tareas relacionadas con la venta a los clientes, lo que hace que se quede en la parte de atrás de la empresa y se aísla cada día más de todos ellos. M refiere que le está afectando mucho la situación, tanto que cada vez se siente con la autoestima más baja y sin confianza consigo mismo. El problema también interfiere en su estado anímico, ya que cada día se encuentra más triste, además de afectarle también en el sueño.

Cuando se le pregunta al paciente si atribuye alguna causa a su problema, este refiere haber tenido una experiencia desagradable relacionada con una situación social. M explica que hace cinco años, cuando entró en la empresa, le encargaron realizar una exposición en una reunión donde se encontraban todos los jefes y altos cargos de la ciudad. M empezó a sentir que la voz le fallaba, empezaron los temblores y sintió que se le aceleraba el corazón hasta que en un momento determinado se quedó en blanco y tuvieron que finalizar la reunión. M vivió esta experiencia como traumática y a partir de ese momento se fue sintiendo incómodo en el trabajo.

Respecto a la infancia de M, el paciente comenta haberse criado en un ambiente donde no estaban permitidos los errores porque todo «debía de ser perfecto». Esta rigidez en la educación recibida fue causa de múltiples discusiones en la familia durante ese tiempo y actualmente provoca el distanciamiento de M con su padre. Durante la adolescencia, M refiere haber sido un chico tímido e introvertido al que siempre le ha costado hacer amigos. El rendimiento en el instituto siempre fue muy alto, destacando una elevada actitud de autoexigencia. En la actualidad M tiene dos amigos íntimos con los que se ve habitualmente y confiesa tener dificultades en conocer gente nueva y sentirse incómodo en reuniones y fiestas con presencia de mucha gente.

GUIÓN PARA LA FORMULACIÓN DE CASO

I. FASE DESCRIPTIVA

1. Definición del problema

- Define el/los motivo/s de consulta del/la paciente.
- Enumera todos los problemas que hayas identificado (por ejemplo: baja autoestima, negativismo, pérdida de control, malas relaciones con los demás).
- Agrupa los problemas en posibles «categorías» diagnósticas (por ejemplo: baja autoestima, negativismo [«estado de ánimo»] o pérdida de control y malas relaciones con los demás [«problemas de relación con los demás»]).

2. Análisis funcional descriptivo

- Antecedentes del problema:
 - Ambientales y contextuales (lugar, fechas y acontecimientos)
 - Cognitivos (imágenes y pensamientos)
 - Conductuales (¿qué hace?)
 - Somáticos (malestar y sensaciones físicas)
- Respuestas durante el problema:
 - Creencias (irracionales y negativas)
 - Sensaciones físicas
 - Emociones
 - Respuestas motoras (acciones)
- Consecuencias del problema:
 - Ambientales y contextuales (¿qué mantiene el problema?)
 - Cognitivos (¿qué se dice a sí mismo/a?)
 - Somáticas (sensaciones, malestar físico o enfermedad)
 - Afectivas
 - Relacionales (¿cómo afecta a sus relaciones, quién está implicado/a, ha aprendido esa conducta de alguien?)

3. Análisis histórico

- Predisponentes (factores genéticos y orgánicos, contexto social y familiar, experiencias, modelos de crianza y desarrollo)
- Adquisición y curso (¿cuándo apareció el problema?, ¿cómo ha evolucionado?, ¿cuál ha sido su origen?)

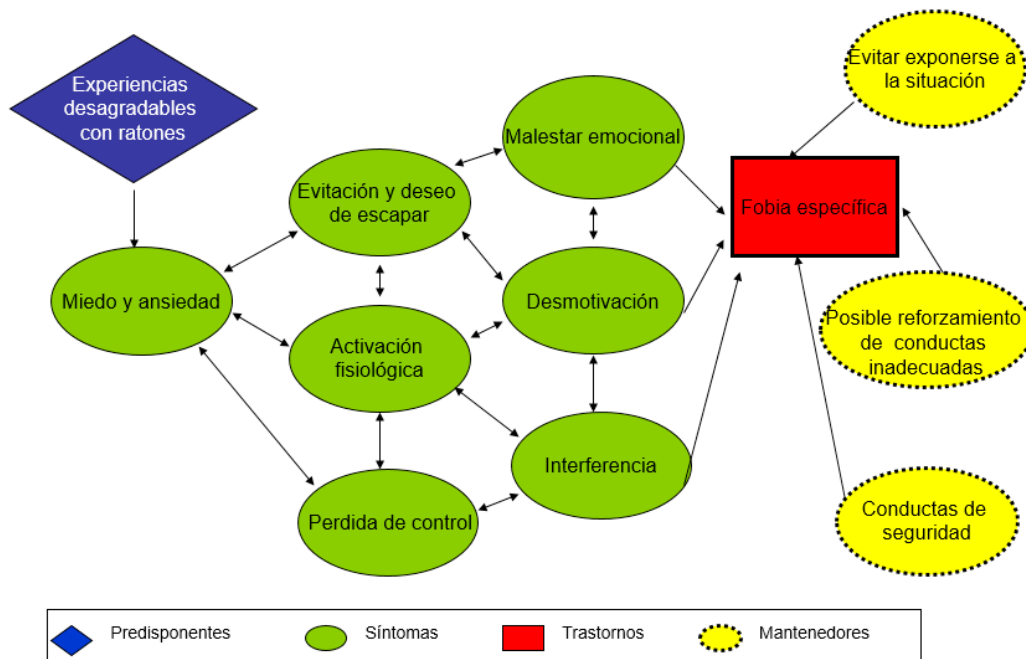
II. FASE INFERENCIAL

1. Diagnóstico (DSM-IV o DSM-5)

- 1) Trastornos mentales y de personalidad y/o enfermedad médica (en DSM-IV, ejes I, II y III)
- 2) Factores psicosociales y contextuales (en DSM-IV, eje IV)
- 3) Funcionamiento global (en DSM-IV, eje V)

2. Formulación de un modelo psicopatológico

Ejemplo:



III. FASE DE PLANIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO

OBJETIVOS	TÉCNICAS

IV. FASE DE EVALUACIÓN DE RESULTADOS

1. *Explica cómo evaluarías la eficacia del tratamiento que has planificado.*

2. Práctica 2: El tratamiento del trastorno de pánico y la agorafobia

Tipo de trabajo: INDIVIDUAL

Duración: 1 hora

Objetivo de la actividad: mejorar el aprendizaje del tema 5. Tratamientos basados en la evidencia para el trastorno de pánico y la agorafobia.

Se visionará un vídeo en versión original (inglés) en el que, mediante dos juegos de roles, se muestran modos de intervención basados en la evidencia para el tratamiento del trastorno de pánico y la agorafobia.

Básicamente, se mostrarán las siguientes técnicas:

- 1) La presentación al paciente del modelo cognitivo del pánico
- 2) Realización de experimentos comportamentales

Vídeo de David M. Clark, DPhil de la American Psychological Association: *Series II-Specific Treatments for Specific Populations, Cognitive Therapy for Panic Disorder*.

Referencias

Botella, Cristina y Rafael Ballester 1997. *Trastorno de pánico: Evaluación y tratamiento*. Barcelona: Martínez Roca.

3. Práctica 3: El tratamiento de la depresión

Tipo de trabajo: INDIVIDUAL

Duración: 1 hora

Objetivo de la actividad: mejorar el aprendizaje del tema 10. Tratamientos basados en la evidencia para la depresión.

Esta práctica se centrará en el aprendizaje de modos de intervención basados en la evidencia en el tratamiento de la depresión. Concretamente, en la programación de actividades. La práctica se realizará en línea (autoaplicada a través de internet). La práctica en línea se compone de material teórico y práctico sobre la programación de actividades, que incluye material multimedia (vídeos, imágenes e ilustraciones) con el objetivo de hacer más atractivo el contenido de la práctica. Además, los alumnos contestarán una serie de preguntas de autoevaluación con el objetivo de afianzar el aprendizaje.

Acceso a la práctica a través del enlace:

<https://es.surveymonkey.com/r/programacionactividades19>

El enlace estará activo provisionalmente, si en algún momento dejase de funcionar, contactar con el/la profesor/a responsable.

Referencias

Kanter, Jonathan, Andrew Busch y Laura Rusch. 2011. *Activación conductual. Refuerzos positivos ante la depresión*. Editorial Alianza.

Seminarios

Seminarios

1. OBJETIVOS

Los seminarios de carácter práctico tienen como objetivos específicos:

- 1) Que el alumno conozca y adquiera las habilidades necesarias para la evaluación psicológica a través de la entrevista clínica (2 horas).
- 2) Que el alumno conozca los instrumentos específicos basados en la evidencia para la evaluación de trastornos concretos (3 horas).
- 3) Que el alumno presente y lleve a cabo una discusión posterior en grupo de un tema teórico sobre tratamientos basados en la evidencia para un trastorno psicológico específico (4 horas).
- 4) Que el alumno adquiera las habilidades necesarias para hacer propuestas de evaluación y tratamiento de diversos casos prácticos (3 horas).

2. DURACIÓN

Se llevarán a cabo durante 12 horas.

3. SEMINARIOS QUE SE REALIZAN:

Seminario 1: La entrevista clínica

Seminario 2: Instrumentos de evaluación específicos para trastornos concretos

Seminario 3: Seminario de discusión

Seminario 4: Resolución de casos

1. Seminario 1: La entrevista clínica

Tipo de trabajo: INDIVIDUAL Y EN PAREJAS

Duración: 2 horas

- *Primera hora:* El profesor/a realizará una introducción teórica/práctica a una entrevista clínica, enfatizando los aspectos clave que hay que tener en cuenta al realizar la entrevista. Concretamente, se utilizará la *International Neuropsychiatric Interview* (MINI: versión en español 5.0.0; L. Ferrando, J. Bobes, J. Gibert, M. Soto y O. Soto, Instituto IAP – Madrid – España,

1998). Dicha entrevista se puede encontrar en el siguiente enlace: <https://goo.gl/spH1s9>.

- *Segunda hora:* Los alumnos, por parejas, simularán mediante un juego de roles la aplicación de la entrevista clínica diagnóstica (uno hará de terapeuta y otro de paciente). Se dará a cada una de las parejas un caso clínico para que el alumno que hace de paciente se ponga en situación y responda a la entrevista.

Objetivo de la actividad: mejorar el aprendizaje del tema 3. Habilidades y técnicas de entrevista.

CASO CLÍNICO PARA LA PRÁCTICA DE LA ENTREVISTA MINI

S es una mujer de 35 años de edad, casada y con dos hijos. En la actualidad está trabajando de administrativa en una empresa y refiere no tener problemas económicos ni legales. El motivo de consulta que comenta la paciente es el miedo a perder el control que experimenta en determinadas situaciones cuando siente un aumento de la ansiedad. S explica que los problemas empezaron hace cinco años, más específicamente tres meses después de que su abuelo paterno falleciera de forma traumática y un mes después de que encontrara trabajo en la empresa y empezara a experimentar momentos de mayor estrés y exigencia laboral. La paciente cuenta que en ese tiempo tuvo una experiencia muy desagradable a partir de la cual su situación empeoró. Un día, mientras S estaba dirigiéndose a su lugar de trabajo, empezó a sentir que le faltaba el aire y no podía respirar. Esta sensación se acompañó de fuertes temblores, náuseas, llanto y visión borrosa que hizo que la paciente se asustara mucho. Además, S recuerda que el corazón le latía muy fuerte y que sentía que iba morir o a perder el control en esa situación. En los meses posteriores esa experiencia se repitió varias ocasiones más, algunas de ellas cuando se encontraba en ascensores con mucha gente o en centros comerciales muy llenos. S ha empezado a dejar de hacer las actividades que normalmente hacía, como viajar en coche o ir a los restaurantes que le gustaban. Además, cada vez sale menos de casa y solo lo hace para ir a su trabajo, que se encuentra a poca distancia. La paciente refiere no gustarle salir, sobre todo porque no sabe cuándo le pueden volver a pasar estos episodios y si le pudiese ocurrir algo allí. Algunos de los comentarios que hace S al respecto son: «No me encuentro cómoda cuando salgo de casa ya que pienso que me podría pasar otra vez»; «Además, nadie podría entender lo que me pasa y ayudarme».

Actualmente la frecuencia de estos episodios ha disminuido, pero S refiere experimentarlos por lo menos tres veces al mes. Sin embargo, la preocupación de que le vuelvan a ocurrir es persistente. La paciente comenta ser una persona que se preocupa mucho por las cosas y no poder evitar que todo le afecte (niños, familia, trabajo, etc.).

Además, este problema está afectando a su matrimonio, ya que las discusiones son frecuentes y S se siente irritable constantemente. La paciente explica haber cambiado mucho en los últimos años a raíz del problema, se ha vuelto una persona tímida y miedosa con la gente, aunque no evita hablar ante público o ir a las reuniones de trabajo. S se siente triste y decaída casi siempre, sobre todo este último mes, cuando la relación con su marido ha empeorado. Además, S comenta haber bajado de peso y sentirse contenta por ello, aunque también afirma estar demasiado delgada. S confiesa medir 1,70 cm y pesar 50 kg.

Cuando profundizamos en la evaluación del hecho traumático acontecido hace cinco años vemos que está relacionado con su abuelo. S explica haber presenciado su fallecimiento y lo desagradable que fue esa experiencia para ella. Por este motivo, S dice que quiere evitar pensar en ello porque lo recuerda mucho y tiene dificultades para dormir.

2. Seminario 2: Instrumentos de evaluación específicos para trastornos concretos

Tipo de trabajo: INDIVIDUAL

Duración: 3 horas (1 hora para cada uno de los trastornos que deben evaluarse).

Objetivo de la actividad: mejorar el aprendizaje de los temas 5, 6 y 10, «Tratamientos basados en la evidencia para el trastorno de pánico y la agorafobia», «Tratamientos basados en la evidencia para el trastorno de ansiedad social» y «Tratamientos basados en la evidencia para la depresión», respectivamente.

Seminario 2.1. Evaluación del trastorno de pánico y la agorafobia

Los instrumentos para evaluar el trastorno de pánico y la agorafobia se pueden encontrar en el anexo 1.

ENTREVISTA PARA LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD REVISADA (ADIS-R). SECCIÓN T. PÁNICO

- **Nombre original:** *Anxiety Disorders Interview Schedule* (ADIS-IV-R; Di Nardo, Brown y Barlow 1988).
- **Versiones:** Existe una versión para niños y adolescentes (ADIS-IV-C: Chorpita, Moffitt y Gray 2005) que cubre todos los trastornos de ansiedad. Podemos encontrar adaptaciones españolas de Botella y Ballester (1997); Botella, Baños y Perpiñá (2003) y Echeburúa (1995).

- **Objetivo:** Permite obtener diagnósticos DSM-IV de todos los trastornos de ansiedad, así como de los trastornos del estado de ánimo, abuso de sustancias y algunos trastornos somatoformes.
- **Descripción:** La ADIS-IV es una adaptación de la entrevista estructurada ADIS-III-R (Di Nardo y Barlow 1988) a los criterios DSM-IV. Es una entrevista estructurada administrada por el clínico. Además de información descriptiva sobre los trastornos que evalúa, también recoge información funcional y fisiológica. Específicamente la sección de pánico y agorafobia evalúa la ansiedad ante una situación fóbica y recoge la información referente a cuánto tiempo tarda la ansiedad en llegar a su máximo nivel: lugares, sensaciones corporales, pensamientos y grado de creencia sobre esos pensamientos, miedo (evitación y evolución de los ataques de pánico). Además, dada la elevada comorbilidad existente entre ansiedad y depresión, se rastrea la presencia de sintomatología depresiva y su relación con la ansiedad. También incluye cuestiones pensadas para detectar la presencia de otros trastornos como psicosis o adicciones.
- **Criterios de calidad:**
Escala original: Para medir la fiabilidad interjueces se utilizó el coeficiente Kappa de Cohen, cuyos resultados mostraron una $k = 0,77$ para fobia social, $k = 0,77$ para el trastorno de pánico con agorafobia, $k = 0,72$ para el diagnóstico de pánico y $k = 0,67$ para el diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada (Brown, Di Nardo, Lehman y Campbell 2001).
- **Corrección e interpretación:**
El entrevistador asigna para cada diagnóstico (actual y vital) una puntuación de 0 (no interferencia) a 8 (máxima interferencia e incapacidad) que indica el grado de malestar e interferencia.

Referencias

- Botella, Cristina, Rosa M.^a Baños y Conxa Perpiña. 2003. *Fobia Social: Avances en la psicopatología, la evaluación y el tratamiento*. Barcelona: Editorial Paidós (versión para el trastorno de ansiedad social).
- Botella, Cristina y Rafael Ballester. 1997. *Trastorno de pánico: Evaluación y tratamiento*. Barcelona: Martínez Roca (versión para el trastorno de pánico y agorafobia).
- Brown, Timothy A., Peter A. Di Nardo y David H. Barlow. 1994. *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV (ADIS-IV)*. San Antonio: The Psychological Corporation.
- Brown, Timothy A., Peter A. Di Nardo, Cassandra L. Lehman y Laura A. Campbell. 2001. «Reliability of DSM-IV anxiety and mood disorders: Implications for the classification of emotional disorders.» *Journal of Abnormal Psychology* 110(1): 49-58. <http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.110.1.49>.
- Chorpita, Bruce F., Catherine Moffitt y Jennifer Gray. 2005. «Psychometric properties of the Revised Child Anxiety and Depression Scale in a clinical sample.» *Behaviour Research and Therapy* 43(3): 309-322.
- Echeburúa, Enrique. 1995. *Evaluación y tratamiento de la fobia social*. Barcelona: Martínez Roca (versión para fobia social).

ÍNDICE DE SENSIBILIDAD A LA ANSIEDAD (ASI)

- **Nombre original:** *Anxiety Sensitivity Inventory* (ASI; Peterson y Reiss 1992).
- **Versión española:** Validación española de Sandín, Chorot y McNallyl (1996). Versión breve posterior *Anxiety Sensitivity Index-3* (ASI-3; Sandín, Valiente, Chorot y Santed 2007).
- **Objetivo:** Evaluar la sensibilidad a la ansiedad a partir de las reacciones de miedo/ansiedad.
- **Descripción:** Es una escala de autoinforme que evalúa las sensaciones físicas, síntomas de descontrol cognitivo y síntomas observables socialmente relacionados con la ansiedad y el miedo. Es una escala breve tipo Likert (de 0 a 4) que consta de 18 ítems y tres dimensiones (6 ítems para cada dimensión): dimensión física, dimensión cognitiva y dimensión social.
- **Criterios de calidad:**
Validación española: El ASI-3 presenta unos coeficientes alfa de 0,91 para población clínica y de 0,80 para población general, mostrando una alta consistencia interna (Sandín et al. 1996). Por su parte, la escala breve presenta una excelente consistencia interna, con correlaciones entre las tres subescalas que varían entre 0,42 y 0,59 (Sandín et al. 2007).
- **Corrección e interpretación:**
Los datos que se deben tener en cuenta son la media más una desviación típica (DT) extraída de estudiantes universitarios (Sandín et al. 2007).

Total:

Media: 14,1 (DT = 9,6)

Subescalas:

Media física: 4,5 (DT = 4,1)

Media cognitiva: 2,7 (DT = 3,5)

Media social: 6,9 (DT = 4,6)

Cave de corrección por escalas:

Física = suma de los ítems 3, 4, 7, 8, 12 y 15.

Cognitiva = suma de los ítems 2, 5, 10, 14, 16 y 18.

Social = suma de los ítems 1, 6, 9, 11, 13 y 17.

Valoración de la gravedad:

Total:

- 0-24: Ausencia de síntomas de ansiedad

- 25-72: Presencia de síntomas de ansiedad

Subescalas:

- 0-9: Ausencia de síntomas físicos de ansiedad

- 10-24: Presencia de síntomas físicos de ansiedad

- 0-6: Ausencia de síntomas cognitivos de ansiedad

- 7-24: Presencia de síntomas cognitivos de ansiedad
- 0-12: Ausencia de síntomas sociales de ansiedad
- 13-24: Presencia de síntomas sociales de ansiedad

Referencias

- Peterson, Rolf A. y Steven Reiss. 1992. *Anxiety Sensitivity Index Manual* (2nd edition). Worthington, OH: International Diagnostic Systems.
- Sandin, Bonifacio, Paloma Chorot y Richard J. McNally. 1996. «Validation of the Spanish version of the Anxiety Sensitivity Index in a clinical sample». *Behaviour Research and Therapy* 34(3): 283-290.
- Sandín, Bonifacio, Rosa M. Valiente, Paloma Chorot y Miguel A. Santed. 2007. «ASI-3: Nueva escala para la evaluación de la sensibilidad a la ansiedad». *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* 12(2): 91-104.

ESCALA DE GRAVEDAD DEL TRASTORNO DE PÁNICO (PDSS)

- **Nombre original:** *Panic Disorder Severity Scale* (PDSS; Shear et al. 1992, 2001).
- **Versión española:** Adaptación española realizada por Santacana et al. (2014).
- **Objetivo:** Determinar la gravedad del trastorno de pánico según los criterios DSM-IV.
- **Descripción:** La escala PDSS es una escala autoadministrada breve diseñada para evaluar la gravedad global del trastorno de pánico. Está formada por siete ítems que se puntúan con una escala tipo Likert de 0 a 4 (siendo «0» la mínima y «4» la máxima gravedad de la sintomatología). Esta escala explora las características clínicas principales del trastorno de pánico y sus síntomas mediante una entrevista al paciente.

Entendemos un ataque de pánico como «una repentina sensación de miedo o incomodidad», que se acompaña de al menos cuatro de los síntomas listados abajo. Aquellos episodios similares a los ataques de pánico que presentan menos de cuatro síntomas se conocen como «crisis de síntomas limitados».

- Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca.
- Sudoración.
- Temblores o sacudidas.
- Sensaciones de ahogo o falta de aliento.
- Sensación de atragantamiento.
- Dolor o malestar torácico.
- Náuseas o molestias abdominales.
- Vértigo, sensaciones de inestabilidad, mareo o desmayo.
- Sensación de irrealidad o de estar separado de uno mismo (despersonalización).
- Sensación de entumecimiento u hormigueo.
- Escalofríos, sofocaciones o rubor.

- Miedo a volverse loco o a perder el control.
- Miedo a morir.

Criterios de calidad

Versión española: La consistencia interna, medida con el alfa de Cronbach fue de 0,85, mostrándose alta. Además, se encontraron amplias correlaciones entre las puntuaciones *test-retest* (0,77). La puntuación total de la PDSS correlacionó positivamente con las otras medidas de autoinforme: el Índice de Sensibilidad a la Ansiedad (ASI; Peterson y Reiss 1992), el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II; Beck, Steer, Ball y Ranieri 1996) y el Inventario de Incapacidad de Sheehan (SDI; Sheehan, Harnett-Sheehan y Raj 1996), mostrando una adecuada validez convergente (Santacana et al. 2014).

Corrección e interpretación

Las puntuaciones de cada ítem se suman, y la puntuación total oscila entre 0 y 28 puntos. La puntuación obtenida se comparará con la puntuación obtenida en población clínica inglesa. Los datos que se tendrán en cuenta serán la media más una desviación típica (Houck et al. 2002). Media: 9 (DT = 6,6). El baremo propuesto por estos autores es el siguiente:

- 0-16: Ausencia de sintomatología de ataques de pánico.
- 17-28: Presencia de sintomatología de ataques de pánico.

Por otra parte, en el estudio de Shear et al. (2001), los autores proponen una puntuación directa de 8 (media 1,14) como punto de corte para identificar, en determinados servicios, a pacientes con síntomas leves.

Referencias

- Houck, Patricia R., David A. Spiegel, M. Katherine Shear y Paola Rucci. 2002. «Reliability of the self-report version of the panic disorder severity scale». *Depression and Anxiety* 15(4): 183-185.
- Santacana, Martí, Miquel A. Fullana, Albert Bonillo, Miriam Morales, María Montoro, S. Rosado... y Antoni Bulbena. 2014. «Psychometric properties of the Spanish self-report version of the panic disorder severity scale». *Comprehensive Psychiatry* 55(6): 1.467-1.472.
- Shear, M. Katherine, Timothy A. Brown, David H. Barlow, Roy Money, Diane E. Sholomskas, Scott W. Woods, Jack M. Gorman y Laszlo A. Papp. 1997. «Multicenter collaborative Panic Disorder Severity Scale». *American Journal of Psychiatry* 154: 1.571-1.575.
- Shear, M. Katherine, Timothy A. Brown, Diane E. Sholomskas, David H. Barlow, Jack M. Gorman, Scott Woods y Marylène Cliotre. 1992. *Panic Disorder Severity Scale (PDSS)*. Pittsburgh, PA: Department of Psychiatry, University of Pittsburgh School of Medicine.

Shear, M. Katherine, Paola Rucci, Jenna Williams, Ellen Frank, Victoria Grochocinski, Joni Vander-Bilt, Patricia Houck y Tracey Wang. 2001. «Reliability and validity of the Panic Disorder Severity Scale: Replication and extension». *Journal of Psychiatry Research* 35: 293-296.

ESCALA DE AGORAFOBIA (AS)

- **Nombre original:** *Agoraphobia Scale* (AS; Öst 1990)
- **Versión:** La adaptación española realizada por el grupo de investigación Labpsitec de la Universitat Jaume I se encuentra en el anexo 1.
- **Objetivo:** Evaluar el miedo y la evitación de la ansiedad agorafóbica.
- **Descripción:** Incluye un total de 40 ítems divididos en dos subescalas que evalúan, por un lado, el miedo a las situaciones que se presentan y, por otro lado, la evitación de dichas situaciones. Los sujetos responden a cada ítem en una escala de miedo o ansiedad tipo Likert que va desde 0 (ninguna ansiedad) hasta 4 (mucho ansiedad). Las mismas situaciones son respondidas para la evitación, en este caso, en una escala Likert que va desde 0 (no lo evito en absoluto), 1 (lo evito si es posible) y 2 (siempre lo evito).

Criterios de calidad

Con respecto a la consistencia interna, la AS presenta un alfa de Cronbach de 0,87 para la subescala de ansiedad y de 0,89 para la subescala de evitación. En cuanto a la validez, la AS puede ser usada tanto en investigación como en la práctica clínica porque discrimina entre grupos que presentan y no presentan agorafobia. Además, es una escala sensible al cambio tras la aplicación de un tratamiento y, por lo tanto, puede ser usada para la medición previa y posterior al tratamiento en los estudios de investigación (Öst, 1990).

Corrección e interpretación

La corrección se obtiene sumando todos los puntos de cada ítem y de cada subescala y calculando la media. A mayor puntuación mayor sintomatología agorafóbica. En la versión original se obtuvo una media de 50,5 en pacientes agorafóbicos frente a 4,8 en sujetos normales para la subescala de ansiedad, mientras que para la subescala de evitación la media obtenida para los pacientes agorafóbicos fue de 22 y para los normales de 4,4.

Referencias

Öst, Lars-Göran. 1990. «The Agoraphobia Scale: An evaluation of its reliability and validity». *Behaviour Research and Therapy* 28(4): 323-329.

Seminario 2.2. Evaluación del trastorno de ansiedad social

Los instrumentos para evaluar el trastorno de ansiedad social se pueden encontrar en el anexo 2.

ENTREVISTA PARA LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD REVISADA (ADIS-R). SECCIÓN FOBIA SOCIAL

- Se puede consultar la ficha técnica completa de la ADIS-R en el seminario sobre evaluación del trastorno de pánico y agorafobia descrito previamente.
- **Versión:** La adaptación española que se presenta en el anexo 2 es la realizada por Botella, Baños y Perpiñá (2003).
- **Descripción:** La sección específica de la ADIS-R para fobia social cuenta con las preguntas sobre los criterios diagnósticos; evalúa 13 situaciones sociales (hablar en público, estar en una fiesta, etc.) sobre las que el paciente ha de indicar el grado de temor y evitación que dichas situaciones le producen en la actualidad, o le produjeron en el pasado y recoge información sobre la frecuencia, la ansiedad inmediata o anticipada, el grado de interferencia, la etiología y la posible presencia de ataques de pánico. Se evalúa usando una escala que va de 0 (nada) a 8 (muy grave/siempre).

Es importante señalar que aunque la entrevista cuente con un guión, el juicio clínico sigue siendo un elemento clave en las valoraciones en cada una de las preguntas (Botella, Baños y Perpiñá 2003).

Corrección e interpretación

El entrevistador asigna para cada diagnóstico (actual y vital) una puntuación de 0 (no interferencia) a 8 (máxima interferencia e incapacidad) que indica el grado de malestar e interferencia.

Referencias

Botella, Cristina, Rosa M.^a Baños y Conxa Perpiñá. 2003. *Fobia Social: Avances en la psicopatología, la evaluación y el tratamiento*. Barcelona: Editorial Paidós.

ESCALA DE MIEDO A LA EVALUACIÓN NEGATIVA (FNE)

- **Nombre original:** *Fear of Negative Evaluation Scale* (FNE; Watson y Friend 1969). Existe una versión breve posterior, *Brief Version of the Fear of Negative Evaluation Scale* (BFNE-S; Learly 1983), desarrollada a partir de la primera.
- **Versión española:** La validación española de la FNE fue realizada por García-López y colaboradores en 2001. La escala breve (BFNE-S) se validó en población española por Gallego-Pitarch (2010).
- **Objetivo:** Evaluar el componente cognitivo de la ansiedad social. Mide el grado en que la gente experimenta temor ante la posibilidad de ser juzgado negativamente por parte de los demás.
- **Descripción:** La escala FNE es una escala autoadministrada formada por 30 ítems (12 ítems en la versión breve). Los ítems están relacionados con pensamientos y sentimientos que pueden experimentar las personas ante la evaluación interpersonal, lo que nos permite medir el temor a recibir críticas o apreciaciones negativas por parte de los demás.

Criterios de calidad

- *Escala original:* Para la versión original (Watson y Friend 1969) el coeficiente alfa para la medición de la consistencia interna fue de 0,94 y presentó una fiabilidad *test-retest* con un intervalo de un mes de 0,78 a 0,90. El coeficiente alfa para la versión breve fue de 0,75 (Learly 1983). En cuanto a la validez convergente, la correlación del FNE con la escala de evitación y malestar social (*Social Avoidance and Distress Scale*, SAD; Watson y Friend 1969) fue de 0,51, y de 0,32 con la escala de interacción social (*Interaction Anxiousness Scale*, IAS; Leary y Kowalski 1993). Además, esta escala mostró una correlación significativa con el nivel de depresión y ansiedad; es muy probable que esto sea debido a que la ansiedad social esté presente en otros trastornos de ansiedad y no únicamente en la fobia social. Como consecuencia, su validez discriminante es objeto de controversia y, en último término, qué es lo que mide, ya que habría que aclarar si refleja un estado de malestar emocional general o son esencialmente medidas de ansiedad social (Watson y Fried 1969).
- *Validación española:* La consistencia interna de la versión española de la escala BFNE-S en población no clínica adolescente y calculada a través del alfa de Cronbach fue de 0,89 (Gallego-Pitarch 2010). Resultados similares fueron obtenidos en otros estudios como el de Weeks et al. (2005) en población clínica y adulta ($\alpha = 0,92$) y población no clínica ($\alpha = 0,90$). Duke et al. (2006) obtuvieron también en población no clínica un alfa de 0,94 y Gallego-Pitarch et al. (2007) en una muestra de pacientes con fobia social hallaron un alfa de 0,91. En cuanto a la validez, la FNE también mostró buena validez convergente correlacionando significativamente con otras medidas de depresión y ansiedad (Gallego-Pitarch 2010).

Corrección e interpretación

El formato de respuesta de la versión original es de verdadero/falso. El sujeto debe señalar si las afirmaciones que se le presentan son o no aplicables a él. Para la versión breve, sin embargo, el sujeto responde en una escala de 5 puntos, donde 1 = nada característico en mí, 2 = ligeramente característico en mí, 3 = moderadamente característico en mí, 4 = muy característico en mí y 5 = extremadamente característico en mí.

- Versión original: sumatorio total de:
 - Se da un punto por los siguientes ítems marcados como «Verdadero»: 2, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 14, 17, 19, 20, 22, 24, 25, 28, 29 y 30.
 - Se da un punto por los siguientes ítems marcados como «Falso»: 1, 4, 6, 8, 10, 12, 15, 16, 18, 21, 23, 26 y 27.

El rango de puntuación oscila de 0 (bajo temor) a 30 (alto temor), situándose el punto de corte propuesto para discriminar entre la población sana de la población aquejada de ansiedad social entre 22-24. A mayor puntuación, mayor es el temor a ser juzgado negativamente por los demás.

- Versión breve: la puntuación total es igual a la suma de los valores asignados por el sujeto a cada uno de los ítems, debiendo invertirse la escala para los ítems inversos señalados con «R» (véase cuestionario en anexo 2). El rango de puntuaciones oscila entre 12 y 60, existiendo una relación directa entre la puntuación obtenida y el temor a la evaluación negativa.

Referencias

- Duke, Danny, Mohan Krishnan, Melissa Faith y Eric A. Storch. 2006. «The psychometric properties of the Brief of Negative Evaluation Scale». *Anxiety Disorders* 20: 807-817.
- Gallego-Pitarch, M.^a José 2010. «Brief version of the Fear of Negative Evaluation Scale–Straightforward Items (BFNE-S): psychometric properties in a Spanish population». *The Spanish Journal of Psychology* 13(2): 981-989.
- Gallego-Pitarch, M.^a José, Cristina Botella, Soledad Quero, Rosa M.^a Baños y Azucena García-Palacios. 2007. «Propiedades psicométricas de la Escala de Miedo a la Evaluación Negativa versión breve (BFNE) en muestra clínica». *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* 12(3): 163-176.
- García-López, Luis J., José Olivares, M.^a Dolores Hidalgo, Deborah C. Beidel y Samuel M. Turner. 2001. «Psychometric Properties of the Social Anxiety Scale for Adolescents, the Fear of Negative Evaluation Scale, and the Social Avoidance and Distress Scale in an Adolescent Spanish-Speaking Sample». *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment* 33: 51-59
- Learly, Mark R. 1983. «A brief version of the Fear of Negative Evaluation Scale». *Personality and Social Psychology* 9: 371-385.

- Watson, David y Ronald Friend. 1969. «Measurement of Social-Evaluative Anxiety». *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 33: 448-457.
- Weeks, Justin W., Richard G. Heimberg, David M. Fresco, Trevor A. Hart, Cynthia L. Turk, Franklin R. Schneier et al. 2005. «Empirical Validation and Psychometric Evaluation of the Brief Fear of Negative Evaluation Scale in Patients with Social Anxiety Disorder». *Psychological Assessment* 17: 179-190.

ESCALA DE EVITACIÓN Y MALESTAR SOCIAL (SAD)

- **Nombre original:** *Social Avoidance and Distress* (SAD; Watson y Friend 1969).
- **Versión española:** Adaptación de Bobes et al. (1999).
- **Objetivo:** Evaluar los componentes de evitación y malestar producidos por las situaciones sociales, por lo que complementa a la FNE.
- **Descripción:** Tanto la FNE como la SAD fueron desarrolladas de forma conjunta para evaluar dos de los aspectos más importantes en la fobia social: los pensamientos y la evitación. La SAD se compone de 28 ítems dicotómicos (verdadero/falso).

Criterios de calidad

- *Escala original:* la estandarización de ambas escalas con población universitaria llevada a cabo por Watson y Friend (1969) puso de manifiesto una excelente consistencia interna (KR-20 = 0,94 en ambas escalas) y una buena estabilidad *test-retest* (1 mes) (FNE $r = 0,78$; SAD $r = 0,68$).
- *Versión española:* Bobes et al. (1999) mostraron una adecuada validez convergente y una buena y adecuada consistencia interna con coeficientes entre 0,72 y 0,88. El cuestionario discriminó bien entre pacientes con diferentes niveles de síntomas y gravedad y, además, también diferenció entre pacientes con fobia social y pacientes sanos.

Corrección e interpretación

La puntuación total se obtiene sumando:

- Un punto por cada una de las siguientes respuestas verdaderas: 2, 5, 8, 10, 11, 13, 14, 16, 18, 20, 21, 23, 24 y 26.
- Un punto por cada una de las siguientes respuestas falsas: 1, 3, 4, 6, 7, 9, 12, 15, 17, 19, 22, 25, 27 y 28.

El rango de puntuaciones oscila entre 0 y 28, siendo el punto de corte para discriminar entre personas con ansiedad social de 18-20. A mayor puntuación, mayor ansiedad y evitación social.

Referencias

- Bobes, Julio, Xavier Badia, Antonio Luque, Margarida García, M.^a Paz González y Rafael Dal-Re. 1999. «Validation of the Spanish version of the Liebowitz social anxiety scale, social anxiety and distress scale and Sheehan disability inventory for the evaluation of social phobia». *Medicina Clínica* 112(14): 530-538.
- Watson, David y Ronald Friend. 1969. «Measurement of Social-Evaluative Anxiety». *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 33: 448-457.

INVENTARIO DE ANSIEDAD Y FOBIA SOCIAL (SPAI)

- **Nombre original:** *Social Phobia Anxiety Inventory* (SPAI; Turner, Beidel, Dancu y Stanley 1989).
- **Versión española:** Validación española realizada en adolescentes por García-López, Olivares, Hidalgo, Beidel y Turner (2001) y posteriormente R. M. Baños, C. Botella, S. Quero y P. Medina (2007) en población española general.
- **Objetivo:** Evaluar las dimensiones motora, psicofisiológica y cognitiva de la ansiedad social.
- **Descripción:** Consta de 45 ítems con respuesta en formato tipo Likert de 7 puntos distribuidos en dos subescalas (fobia social y agorafobia). La subescala de fobia social se compone de 32 ítems, 17 de los cuales tienen en cuenta distintos dominios de interacción (extraños, figuras de autoridad, sexo opuesto y gente en general). La subescala de agorafobia consta de 13 ítems que evalúan el malestar y la ansiedad en diversas situaciones por temor a no poder escapar. En consecuencia, con este instrumento se obtienen tres puntuaciones: fobia social, agorafobia y puntuación total. La puntuación total es denominada puntuación de «diferencia», ya que es el resultado de sustraer la puntuación de agorafobia a la de fobia social obteniéndose, de este modo, una puntuación pura de fobia social después de haber eliminado la ansiedad atribuible a la agorafobia.

Criterios de calidad

- **Escala original:** Los autores originales encontraron en una muestra de estudiantes universitarios una consistencia interna alta en ambas subescalas: fobia social ($\alpha = 0,96$) y agorafobia ($\alpha = 0,86$), y una fiabilidad *test-retest* (2 semanas) de $r = 0,86$ para la puntuación total de diferencia (Turner et al. 1989). Con respecto a la validez, tanto la puntuación total como las subescalas fueron capaces de diferenciar entre personas con clínica ansiosa y personas no clínicas y entre pacientes con fobia social y personas con otros trastornos de ansiedad (por ejemplo, trastorno de pánico) (Turner et al. 1989). Finalmente, el SPAI ha demostrado ser sensible a los efectos del tratamiento.

- *Validación española:* Para evaluar la consistencia interna, se utilizó el alfa de Cronbach para las diferentes subescalas y en diferentes muestras (clínicas y no clínicas). Para la subescala de fobia social, la fiabilidad estimada fue 0,98 para la totalidad de la muestra, 0,97 para la muestra no clínica y 0,95 para la muestra clínica. Para la subescala de agorafobia, la fiabilidad estimada fue de 0,87 para la totalidad de la muestra, 0,88 para la muestra no clínica y 0,84 para la muestra clínica. Para la puntuación total o puntuación de diferencia, la fiabilidad estimada fue 0,97 para la muestra total, 0,97 para la muestra no clínica y 0,94 para la muestra clínica. Este instrumento también discriminó de forma adecuada entre pacientes que presentaban problemas de ansiedad y personas que no presentaban sintomatología ansiosa (Baños et al. 2007).

De acuerdo con los resultados obtenidos en el estudio de Baños et al. (2007), la validación española del SPAI parece ser una medida fiable y válida de la ansiedad social para la investigación en la población española.

Corrección e interpretación

La puntuación de la subescala de fobia social se obtiene:

- a) calculando la media de las puntuaciones de los ítems 9 a 27, y 30 a 32;
- b) añadiendo la puntuación directa de los ítems 1 a 8, 27, 28 y 29, y
- c) restando 32 a este resultado.

La puntuación de la subescala de agorafobia se obtiene:

- a) sumando las puntuaciones directas de los ítems 33 a 45, y
- b) restando 13 a este resultado.

Por último, la puntuación total del SPAI (puntuación de «Diferencia») es el resultado de restar la puntuación de agorafobia a la de fobia social. Una puntuación de diferencia por encima de 60 puede discriminar entre personas con fobia social y personas sin este problema. De igual modo, una puntuación igual o mayor de 39 en la escala de agorafobia podría señalar presencia de trastorno de pánico.

Referencias

- Baños, Rosa M.^a, Cristina Botella, Soledad Quero y Pedro Medina. 2007. «The social phobia and anxiety inventory: Psychometric properties in a Spanish sample». *Psychological Reports* 100 (2): 441-450.
- García-López, Luis J., José Olivares, M.^a Dolores Hidalgo, Deborah C. Beidel y Samuel M. Turner. 2001. «Psychometric properties of the social phobia and anxiety inventory, the social anxiety scale for adolescents, the fear of negative evaluation scale, and the social avoidance and distress scale in an adoles-

cent Spanish-speaking simple». *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment* 23(1): 51-59.

Turner, Samuel M., Deborah C. Beidel, Constance V. Dancu y Melinda A. Stanley .1989. «An empirically derived inventory to measure social fears and anxiety: The Social Phobia and Anxiety Inventory». *Psychological Assessment* 1: 35-40.

ESCALA DE ANSIEDAD ANTE LA INTERACCIÓN SOCIAL (SIAS)

- **Nombre original:** *Social Interaction Anxiety Scale* (SIAS; Mattick y Clarke 1998). Los mismos autores crearon otra escala, *Social Phobia Scale* (SPS), muy relacionada con la SIAS. Mattick y Clarke recomiendan usarlas conjuntamente, ya que han observado que la fobia social y los miedos en las interacciones sociales más generales coexisten.
- **Versión española:** Adaptación realizada por Olivares, García-López e Hidalgo (2001).
- **Objetivo:** Evaluar los miedos a las interacciones sociales más generales.
- **Descripción:** Los ítems de la escala hacen referencia a la angustia que se siente cuando se conoce y se habla con otra gente, siendo estas personas miembros del sexo opuesto, desconocidos o amigos. Las principales preocupaciones incluyen miedo a ser incapaz de expresarse, a resultar aburrido o estúpido, a no saber qué decir o cómo responder a las interacciones sociales y a ser ignorado. La SIAS mide dos dimensiones distintas de la ansiedad social: el miedo a ser juzgado mientras se lleva a cabo alguna actividad y el miedo a la relación social en sí. Ambas escalas constan de 20 ítems que se responden en una escala Likert de 5 puntos (0 = No es característico o cierto en mí; 4 = Totalmente característico o cierto en mí).

Criterios de calidad

- *Escala original:* La consistencia interna de ambas escalas es alta tanto para población clínica como no clínica (de 0,86 a 0,94). Por lo que se refiere a la fiabilidad *test-retest* (de 4 a 12 semanas), también se obtienen buenos resultados (0,86 a 0,92). En cuanto a la validez, la SIAS es capaz de discriminar entre personas con fobia social y personas que no tienen este problema o que presentan otros problemas de ansiedad (Mattick y Clarke 1998).
- *Validación española:* La mayoría de los ítems presentaron correlaciones iguales o mayores a 0,35 y 0,77. Además, la SIAS presentó una alta consistencia interna (alfa = 0,89) (Olivares, García-López e Hidalgo 2001).

Corrección e interpretación

La puntuación total de la SIAS oscila entre 0 y 80 puntos, donde altas puntuaciones indican altos niveles de ansiedad social. Para corregir este instrumento se

suman las respuestas a todos los ítems, excepto el 8 y el 10. Al resultado de esta adición se le resta la suma de los ítems 8 y 10, y al resultado se le añade 8.

0-40: No hay sintomatología de ansiedad social.

41-80: Hay sintomatología de ansiedad social.

Referencias

Mattick, Richard P. y J. Christopher Clarke. 1998. «Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear and interaction social». *Behaviour Research and Therapy* 36: 455-470.

Olivares, José, Luis J. García-López y M.^a Dolores Hidalgo. 2001. «The Social Phobia Scale and the Social Interaction Anxiety Scale: factor structure and reliability in a Spanish- speaking population». *Journal of Psychoeducational Assessment* 19: 69-80.

TEST DE AUTOAFIRMACIONES EN INTERACCIONES SOCIALES (SISST)

- **Nombre original:** *Social Interaction Self-Statement Test* (SISST; Glass, Merluzzi, Biever y Larsen 1982).
- **Validación española:** existe una versión validada en población española que mide los pensamientos positivos y negativos ante la situación específica de hablar en público realizada por Gallego, Botella, García-Palacios, Quero y Baños (2010).
- **Objetivo:** Evaluar los pensamientos que suelen tener las personas con alta ansiedad social en las interacciones sociales.
- **Descripción:** Instrumento autoaplicado. Se compone de 30 ítems que rastrean los posibles pensamientos que puede tener una persona cuando se enfrenta a una situación social. Consta de dos subescalas, una de pensamientos positivos y otra de pensamientos negativos, que miden la frecuencia con la que la persona tiene este tipo de pensamientos en las situaciones sociales. Para ello utiliza una escala Likert de 6 puntos (0 = Nunca; 5 = Casi siempre).

Criterios de calidad

- **Versión original:** Los coeficientes de fiabilidad del sisst mostraron una buena consistencia interna: de 0,73 para los pensamientos positivos y de 0,86 para los negativos (Glass, Merluzzi, Biever y Larsen 1982). Osman, Markway y Osman (1992) encontraron una consistencia interna de 0,89 para la subescala de pensamientos positivos y de 0,91 para la de los pensamientos negativos en una muestra de estudiantes. El sisst es una medida muy utilizada en

las investigaciones sobre ansiedad social y se ha mostrado capaz de discriminar entre personas socialmente ansiosas y no ansiosas (Osman, Markway y Osman 1992).

Corrección e interpretación

- Pensamientos positivos: ítems 2, 4, 6, 9, 10, 12, 13, 14, 17, 18, 24, 25, 27, 28 y 30.
- Pensamientos negativos: ítems 1, 3, 5, 7, 8, 11, 15, 16, 19, 20, 21, 22, 23, 26 y 29.
- La puntuación de cada subescala: sumatorio de las puntuaciones directas de los ítems.

Menores puntuaciones en pensamientos positivos indican mayor ansiedad social y mayores puntuaciones menor ansiedad social. Lo contrario sucede con la escala de pensamientos negativos, a mayor puntuación mayor ansiedad social y una menor puntuación (media = 33,2) es indicadora de menor ansiedad social.

Referencias

- Gallego, M.^a José, Cristina Botella, Azucena García-Palacios, Soledad Quero y Rosa M.^a Baños. 2010. «La escala de autoverbalizaciones durante la situación de hablar en público (SSPS): propiedades psicométricas en una muestra española de fóbicos sociales». *Psicología Conductual* 18: 343-363.
- Glass, Carol R., Thomas V. Merluzzi, Joan L. Biever y Kathryn H. Larsen. 1982. «Cognitive assessment of social anxiety: Development and validation of a self-statement questionnaire». *Cognitive Therapy and Research* 6(1): 37-55.
- Mattick, Richard P. y J. Christopher Clarke. 1998. «Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear and interaction social». *Behaviour Research and Therapy* 36: 455-470.
- Osman, Augustine, Kathleen Markway y Joylene R. Osman. 1992. «Psychometric properties of the Social Interaction Self-Statement Test in a college sample». *Psychological Reports* 71(3_suppl): 1171-1177.

Seminario 2.3. Evaluación de la depresión

Los instrumentos para evaluar la depresión se pueden encontrar en el anexo 3.

INVENTARIO DE DEPRESIÓN (BDI)

- **Nombre original:** *Beck Depression Inventory – Second Edition* (BDI: Beck, Rush, Shaw y Emery 1979; BDI-II: Beck, Steer, Ball y Ranieri 1996).
- **Versión:** Adaptación española de Vázquez y Sanz (1999), aunque se ha validado posteriormente en población general por J. Sanz, A. L. Perdigón y C. Vázquez (2003) y en población clínica por J. Sanz, M. García-Vera, M. Regina y C. Vázquez (2005).
- **Objetivo:** Identificar y medir la gravedad de síntomas típicos de la depresión en adultos y en adolescentes a partir de 13 años.
- **Descripción:** Los ítems incluidos en este instrumento no se derivan de ninguna teoría concreta acerca del constructo medido, sino que describen los síntomas clínicos más frecuentes de los pacientes psiquiátricos con depresión. El BDI-II ha experimentado algunas modificaciones respecto a las versiones anteriores para representar mejor los criterios para el diagnóstico de los trastornos depresivos recogidos en el DSM-IV. Contiene 21 ítems que se responden en una escala tipo Likert de 0-3 puntos.

Criterios de calidad

- *Versión original:* La fiabilidad medida con el alfa de Cronbach fue de 0,92. Esta medida se extrajo de una muestra de 500 personas provenientes de EE. UU., donde un 63 % de esta eran mujeres (Beck, Steer y Brown 1996; Sanz, García-Vera, Regina y Vázquez 2005).
- *Adaptación española:* Los estudios psicométricos de la versión española de Vázquez y Sanz (1999) se llevaron a cabo con población clínica que presentaba diferentes psicopatologías, de una muestra de 305 participantes: un 43,3 % presentaban trastornos de ansiedad, un 19,7 % trastornos depresivos, un 6,9 % trastornos de personalidad, un 5,6 % trastornos de conducta alimentaria, un 4,3 % trastornos adaptativos y un 20,3 % otros trastornos o problemas. Esta población fue extraída en su mayor parte de la Comunidad de Madrid. Las puntuaciones presentaron una alta fiabilidad medida con el alfa de Chronbach de 0,89, estimada mediante diseños de consistencia interna. La validez convergente con otras medidas de depresión fue adecuada (Sanz, García-Vera, Regina y Vázquez 2005). En otro estudio realizado por Sanz, Perdigón y Vázquez (2003) en población general, con una muestra de 470 participantes españoles (donde el 52,6 % fueron mujeres), se obtuvo un alfa de Cronbach de 0,87.

Corrección e interpretación

La puntuación es la suma de las respuestas a los 21 ítems. Si una persona ha elegido varias categorías de respuesta en un ítem, se toma la categoría a la que corresponde la puntuación más alta. Las puntuaciones mínima y máxima en el test son 0 y 63.

- **Valoración de la gravedad**

- 0-13 puntos: mínima
- 14-18 puntos: depresión leve
- 19-27 puntos: depresión moderada
- 28-63 puntos: depresión grave

- **Valoración en los estudios de post-tratamiento y de seguimiento:**

- 0-9: depresión en remisión
- 10-15: remisión parcial
- 16-23: se mantiene sintomático

Se puede acceder al BDI-II completo en el siguiente enlace web: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/070_psicoterapias1/material/inventario_beck.pdf.

El enlace puede dejar de funcionar con el tiempo. Si es así, consultar con el profesor/a responsable de la asignatura para acceder al cuestionario completo.

Referencias

- Beck, Aaron T., Robert A. Steer y Gregory. K. Brown. 1996. *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, Aaron T., Robert A. Steer, Roberta Ball y William F. Ranieri. 1996. «Comparison of Beck Depression Inventories-IA and-II in psychiatric outpatients». *Journal of Personality Assessment* 67(3): 588-597.
- Beck, Aaron T., J. John Rush, Brian F. Shaw y Gary Emery. 1979. *Cognitive therapy of depression*. Nueva York: Guilford Press (trad. esp. en Bilbao: Desclée de Brower, 1983).
- Sanz, Jesús, M.^a Paz García-Vera, Regina Espinosa, María Fortún y Carmelo Vázquez. 2005. «Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 3. Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos». *Clínica y Salud* 16(2): 121-142.
- Sanz, Jesús, Antonio L. Perdigón y Carmelo Vázquez. 2003. «Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general». *Clínica y salud* 14(3): 249-280.
- Vázquez, Carmelo y Jesús Sanz. 1999. «Fiabilidad y validez de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978 en pacientes con trastornos psicológicos [Reliability and validity of the Spanish version of Beck's Depression Inventory (1978) in patients with psychological disorders]». *Clínica y Salud* 10(1): 59-81.

CUESTIONARIO DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS (ATQ)

- **Nombre original:** *Automatic Thoughts Questionnaire* (ATQ-30; Hollon y Kendall, 1980).
- **Versión española:** Adaptación de Cano y Rodríguez (2002) en pacientes con dolor crónico. Esta adaptación mantiene la estructura original de cuatro dimensiones.
Existe también una adaptación realizada por Bas y Andrés (1984), que es la que se presenta en el anexo 3.
- **Objetivo:** Medir la frecuencia de pensamientos automáticos negativos (frases negativas autodirigidas) frecuentemente asociados a la depresión.
- **Descripción:** Es un cuestionario que evalúa con qué frecuencia los pacientes experimentan pensamientos automáticos negativos. Consta de 30 ítems que se puntúan en una escala de frecuencia tipo Likert: 1 = nunca, 2 = de vez en cuando, 3 = bastante, 4 = mucho y 5 = muchísimo. Los ítems se agrupan en cuatro dimensiones: desajuste personal y deseo de cambio, autoconcepto y expectativas negativas, baja autoestima y desamparo.

Criterios de calidad

- *Versión original:* En el estudio de Hollon y Kendall (1980) la población utilizada para la obtención de las propiedades psicométricas fueron estudiantes universitarios provenientes de EE. UU. En los análisis se obtuvo un alfa de Cronbach de 0,96, que manifestó una excelente consistencia interna.

Factores

- F1: Desajuste personal y deseo de cambio (ítems 7, 10, 14, 20 y 26)
- F2: Autoconcepto y expectativas negativas (ítems 2, 3, 9, 21, 23, 24 y 28)
- F3: Baja autoestima (ítems 17 y 18)
- F4: Desamparo (ítems 29 y 30)

Además, el ATQ exhibe una fuerte correlación con la gravedad de los síntomas, diferenciando entre grupos de pacientes deprimidos y no deprimidos (Whisman et al. 1991).

- *Adaptación española:* La población se dirigió a pacientes con dolor crónico y de nacionalidad española. Se obtuvo un alfa de Cronbach que se encontraba entre 0,85 y 0,94 y los factores obtenidos fueron los siguientes (Cano y Rodríguez 2002):

- F1: Autoconcepto negativo
- F2: Indefensión
- F3: Mala adaptación
- F4: Autorreproche

Corrección e interpretación de la versión Cano y Rodríguez (2002)

- Autoconcepto negativo (CON): ítems 11 + 13 + 15 + 17 + 19 + 21 + 22 + 23 + 29
- Indefensión (IND): ítems 3 + 6 + 8 + 9 + 12 + 16 + 18 + 24 + 25 + 28 + 30
- Mala adaptación (ADA): ítems 14 + 20 + 26 + 27
- Autorreproches (REP): ítems 1 + 2 + 4 + 5 + 7 + 10
- Total de la escala (TOT): CON + IND + ADA + REP

Los baremos se pueden consultar en cualquiera de los siguientes enlaces. Recordad que los baremos proporcionados son en población con dolor crónico, sin embargo, son los que pertenecen a la validación española. Los enlaces pueden dejar de funcionar con el tiempo, si es así, hay que consultar los baremos con el profesor/a responsable de la asignatura quien os ayudará en la interpretación de estos resultados.

- <https://es.slideshare.net/MarceloArayaGonzlez/atq-30-canoyrodriguez>
- https://www.academia.edu/37516615/Cuestionario_de_Pensamientos_Autom%C3%A1ticos_ATQ

Referencias

- Cano, Francisco J. y Luis Rodríguez. 2002. «Evaluación del lenguaje interno ansiógeno y depresógeno en la experiencia de dolor crónico». *Apuntes de Psicología* 20(3): 329-346.
- Bas, Francisco y Verania Andrés. 1984. *Terapia cognitivo-conductual de la depresión: Un manual de tratamiento*. Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED) y Fundación Universidad-Empresa. Madrid: Terapia de conducta y salud.
- Hollon, Steven D. y Philip C. Kendall. 1980. «Cognitive self-statements in depression: Development of an automatic thoughts questionnaire». *Cognitive Therapy and Research* 4(4): 383-395.
- Whisman, Mark A., Ivan W. Miller, William H. Norman y Gabor I. Keitner. 1991. «Cognitive therapy with depressed inpatients: Specific effects on dysfunctional cognitions». *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 59(2): 282.

ESCALA DE ACTITUDES DISFUNCIONALES (DAS-A)

- **Nombre original:** *Dysfunctional Attitude Scale* (DAS-A; Weissman y Beck 1978).
- **Versión española:** Realizada por Sanz y Vázquez (1993).
- **Objetivo:** Evaluar las distorsiones cognitivas, en especial, las que pueden estar en la base de la depresión.
- **Descripción:** Evalúa las creencias y actitudes más frecuentemente encontradas en los depresivos. Son creencias rígidas, inapropiadas y excesivas. Es una medida de vulnerabilidad. Los sujetos con una puntuación alta en esta

escala son más propensos a los trastornos emocionales. Los 40 ítems que incluye miden seis sistemas principales de valores: aprobación, amor, logro, perfeccionismo, omnipotencia y autonomía. La respuesta a los ítems se realiza mediante una escala tipo Likert de 7 puntos que va desde 1 = totalmente en desacuerdo a 7 = totalmente de acuerdo.

Criterios de calidad

- *Versión original*: Presenta buenos índices de consistencia interna. Tiene una buena validez discriminante a la hora de distinguir entre individuos que presentan síntomas depresivos y aquellos que no. También presenta índices adecuados de validez convergente tanto con la depresión como con otros constructos que se refieren a procesos cognitivos desadaptativos asociados a la depresión (Weissman y Beck 1978).
- *Adaptación española*: La escala mostró tener una consistencia moderada (alfa Cronbach = 0,70). En cuanto a la validez de la DAS, los resultados mostraron que era capaz de distinguir adecuadamente entre personas deprimidas y no deprimidas tanto en la puntuación global como en cada una de las escalas que presenta. Además, un análisis discriminante demostró que 19 ítems eran capaces de clasificar correctamente un 85 % de los sujetos deprimidos. La DAS también reveló algunas diferencias sexuales: los hombres tendían a manifestar más actitudes disfuncionales relacionados con el logro que las mujeres (Sanz y Vázquez 1993).

Corrección e interpretación

La puntuación total oscila entre 40 y 280, y se obtiene sumando la puntuación obtenida en cada ítem en la dirección del grado de desadaptación de la persona. Puntuaciones bajas indican creencias más adaptativas. Los ítems 2, 6, 12, 17, 24, 29, 30, 35, 37 y 40 se puntúan de modo inverso.

Claves de corrección de la validación española. Se debe sumar el total para cada subescala:

- Logro: 20, 4, 3, 31, 9, 21, 15, 22, 11, 14, 18, 13 y 33.
- Dependencia/aprobación: 38, 35, 28, 19, 32, 7, 39 y 40.
- Actitud autónoma: 24, 29, 30, 17, 25 y 2.

*Se puede observar que no aparecen todos los ítems en las subescalas. Esto se debe a que los ítems mostrados son aquellos que saturan más alto en cada factor y, por tanto, lo componen. El resto de ítems no pertenecen a esos factores, pero sí al total de la escala. Para más información consultar el artículo de Sanz y Vázquez (1993).

Interpretación

- **Logro:** Los ítems que se encuentran en esta subescala se refieren a la motivación de logro, al miedo al fracaso y a las creencias irracionales de perfeccionismo.
- **Dependencia/aprobación:** Este factor recoge cuestiones de dependencia y aprobación por los demás, sugiriendo que la felicidad y la autoestima dependen del amor y la consideración de los otros.
- **Actitud autónoma:** Indica una actitud de autonomía frente a las opiniones de los demás o circunstancias externas.

Referencias

- Sanz, Jesús y Carmelo Vázquez. 1993. «Adaptación española de la escala de actitudes disfuncionales (DAS) de Beck: propiedades psicométricas y clínicas». *Análisis y Modificación de Conducta* 19(67): 707-750.
- . 1994. «Algunas consideraciones adicionales sobre la versión española de la Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS) de Weissman y Beck». *Análisis y Modificación de conducta* 20(73): 669-674.
- Weissman, Arlene N. y Aaron T. Beck. 1978. «Development and validation of the Dysfunctional Attitude Scale: a preliminary investigation». *Comunicación presentada en la reunión anual de la Asociación para el Avance de la Terapia de Conducta*. <http://files.eric.ed.gov/fulltext/ED167619.pdf>.

ESCALA DE DESESPERANZA (HS)

- **Nombre original:** *Beck Hopelessness Scale* (BHS; Beck, Weissman, Lester y Trexler 1974).
- **Adaptación española:** Aguilar et al. (1995) (a partir de la versión española no publicada de Girón et al.).
- **Objetivo:** Evaluar, desde un punto de vista subjetivo, las expectativas negativas que una persona tiene sobre su futuro y su bienestar (en qué medida es pesimista un individuo), así como su habilidad para salvar las dificultades y conseguir el éxito en su vida.
- **Descripción:** La escala de desesperanza de Beck es un cuestionario autoadministrado que valora la actitud de la persona ante su bienestar y sus expectativas futuras. Contiene 20 frases relacionadas con actitudes sobre el futuro, así como frases pesimistas sobre el presente, cada una de las cuales debe evaluarse como «verdadero» o «falso». Resulta fácil de cumplimentar. Es uno de los mejores predictores de suicidio y resulta muy adecuada también para estudiar la depresión. Evalúa el factor afectivo (sentimientos de futuro), el motivacional (pérdida o no de motivación) y el cognitivo (expectativas de futuro). Sus resultados indican la gravedad de la desesperanza de una persona, lo que puede ser un factor de riesgo de pensamientos suicidas

e intentos autolíticos. Esta escala está dirigida a población clínica (psiquiátrica u hospitalizada) de 17 a 80 años de edad. Los ítems se agrupan en tres factores: 1) sentimientos acerca del futuro, 2) pérdida de motivación y 3) expectativas de futuro.

Criterios de calidad

- *Versión original*: La consistencia interna de la escala se midió mediante el coeficiente alfa (KR-20) que arrojó una fiabilidad de 0,93. En cuanto a la validez, presenta índices adecuados tanto en pacientes ambulatorios en general (0,74 $p < 0.001$) como con pacientes hospitalizados por intentos suicidas (0,62 $p < 0.001$) (Beck, Weissman, Lester, y Trexler 1974).
- *Versión española*: Presenta una consistencia interna aceptable que puede ser evidenciada con coeficientes alfa de Cronbach de 0,82 a 0,84. Además, es un instrumento estable, presentando una sensibilidad (85,7 %) y una adecuada especificidad (76,2 %). En cuanto a la validez de constructo, existen correlaciones significativas entre la desesperanza y la ideación suicida ($r = 0,37-0,70$), así como entre la desesperanza y los síntomas depresivos ($r = 0,35-0,54$) (Aguilar et al. 1995).

Corrección e interpretación

Esta escala proporciona una puntuación total y una serie de puntuaciones en tres factores diferentes:

- Factor afectivo (sentimientos sobre el futuro): ítems 1, 5, 6, 10, 13, 15 y 19.
- Factor motivacional (pérdida de motivación): ítems 2, 3, 9, 11, 12, 16, 17 y 20.
- Factor cognitivo (expectativas sobre el futuro): ítems 4, 7, 8, 14 y 18.

Las respuestas señaladas como verdadero en los ítems 2, 4, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18 y 20 valen 1 punto y las señaladas como falso en esos ítems valen 0 puntos. Las respuestas señaladas como falso en los ítems 1, 3, 5, 6, 8, 10, 13, 15 y 19 valen 1 punto y las señaladas como verdadero en esos ítems valen 0 puntos. La puntuación total se obtiene con el sumatorio de todos los ítems y puede oscilar entre 0 y 20.

Se tienen en cuenta los siguientes puntos de corte:

- 0-8: Riesgo bajo de cometer suicidio.
- 0-3: Ninguno o mínimo.
- 4-8: Leve.
- 9-20: Riesgo alto de cometer suicidio.
- 9-14: Moderado.
- 15-20: Alto.

Utilidad: la puntuación de 9 o más aparece como un buen predictor de la conducta suicida.

Referencias

- Aguilar, Eduardo J., M.^a Dolores Hidalgo, R. Cano, Juan C. López, Mateo Campillo y M. Hernández. 1995. «Estudio prospectivo de la desesperanza en pacientes psicóticos: características psicométricas de la Escala de Desesperanza de Beck». *Anales de Psiquiatría* 11(4): 121-125.
- Beck, Aaron T., Gary Brown, Robert J. Berchick, Bonnie L. Stewart, y Robert A. Steer. 1990. «Relationship between hopelessness and ultimate suicide: a replication with psychiatric outpatients». *American Journal Psychiatry* 147(2): 190-195.
- Beck, Aaron T., Arlene Weissman, David Lester y Larry Trexler. 1974. The measurement of pessimism: the hopelessness scales. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 42(6): 861-865.

3. Seminario 3: Seminario de discusión

Tipo de trabajo: EN GRUPO

Duración: 4 horas

Los estudiantes se leerán con antelación la bibliografía básica de un tema teórico perteneciente al bloque II, «Intervención Clínica», de la asignatura y prepararán su presentación. El estudiante tiene que manejar recursos bibliográficos procedentes de bases de datos informatizadas (Psychinfo, MedLine, SCOCUPS, etc.), páginas web específicas y vídeos relacionados con esos temas, además de la bibliografía básica de estudio. Además, los alumnos tendrán que elaborar un pequeño informe donde expliquen cómo aplicarían una técnica de intervención a una persona con el problema objeto de tratamiento.

- *Primeras 2 horas:* los alumnos presentarán por grupos las distintas partes del tema:
 - Características clínicas, etiología y mantenimiento
 - Instrumentos de evaluación específicos
 - Revisión de los tratamientos
 - Programas específicos de tratamiento
 - Perspectivas futuras
- *Siguientes 2 horas:* se dedicarán a profundizar en el tema. En la primera hora los grupos de alumnos llevarán a cabo un debate de la parte del tema que hayan trabajado y en la segunda hora el profesor realizará un resumen del tema. Tras el debate y el resumen, se realizará un Kahoot para, en forma

de juego, repasar los contenidos principales y detectar posibles dudas que se resolverán posteriormente, así como, recoger información de todos los alumnos. Adicionalmente, y de forma voluntaria, los alumnos entregarán un informe breve de un caso práctico que ejemplifique la aplicación de alguna técnica de intervención contemplada en el tema.

4. Seminario 4: Resolución de casos

Tipo de trabajo: EN GRUPO

Duración: 3 horas

- *Primera hora:* el profesor/a presentará un caso en el que muestre la evaluación específica y el tratamiento aplicado en dicho caso. Los alumnos analizarán y discutirán el caso junto con el profesor. Los alumnos utilizarán este ejemplo para realizar el informe de prácticas que se describe más abajo.
- *Siguientes 2 horas:* se visionarán vídeos en versión original (inglés) en los que, mediante juegos de roles, se muestran modos de intervención basados en la evidencia para el tratamiento del trastorno de la fobia específica y el trastorno obsesivo-compulsivo. Se prepararán preguntas sobre cada uno de los vídeos que los alumnos tendrán que responder y entregar junto con un resumen de lo tratado en los juegos de roles.

Informe de prácticas

El contenido de las prácticas de evaluación clínica y de tratamiento realizadas en horas de seminarios será evaluado a través de la entrega de un informe de prácticas.

Para la elaboración de dicho informe se seguirán los siguientes pasos:

- 1) El alumno elegirá un protocolo de evaluación de cualquiera de las tres prácticas: trastorno de pánico, trastorno de ansiedad social o depresión.

Del protocolo de evaluación elegido tendrá que:

- Pasar los instrumentos de evaluación a un compañero/familiar.
- Realizar un informe de evaluación que incluya:
 - Datos de identificación y motivo de consulta
 - Instrumentos de medida utilizados y objetivo de cada uno de ellos
 - Corrección y resumen de los resultados

- 2) En función de la práctica seleccionada (trastorno de pánico, trastorno de ansiedad social o depresión), elegirá un caso del cual realizará una propuesta de tratamiento.

- Formulación de caso (antecedentes, consecuentes, etc.)
- Objetivo de la intervención
- Componentes terapéuticos del tratamiento
- Propuesta de una agenda de sesiones

A continuación, se presentan los casos que hay que elegir:

CASO TRASTORNO DE PÁNICO

R es un varón de 24 años de edad. Es estudiante de máster en la universidad. En la actualidad vive con sus padres y dos hermanos menores. Tiene una buena relación con su familia. R no refiere problemas de tipo económico o legal. Desde hace cinco años R sale con su actual pareja, a quien describe como un gran apoyo. Aunque de un tiempo a esta parte sus problemas de ansiedad han empezado a deteriorar la relación.

R no trabaja, dedica su tiempo a estudiar. A lo largo del último año ha tenido algunas posibilidades laborales de tipo temporal (festivales, fiestas del pueblo) pero el paciente las rechazó por la ansiedad que le generaba pensarse rodeado de tanta gente.

El paciente acude al Servicio de Asistencia Psicológica remitido por su médico de cabecera. El paciente afirma que su situación ha empeorado en el último año y esto ha comenzado a ocasionarle problemas en diferentes áreas importantes de su vida: pareja, amigos, estudios...

El paciente señala que su principal problema es el miedo que tiene a sufrir un ataque cardíaco, pero recuerda ser bastante ansioso desde siempre. Este problema comenzó dos años atrás, aunque su gravedad aumentó en el último año. R no recuerda ningún acontecimiento que haya generado este aumento, aunque sí señala que coincide con una serie de cambios vitales, como la finalización de su carrera. Un episodio de vida que podría estar relacionado con el inicio del problema es el infarto sufrido por su padre tres años atrás. R indica que desde entonces tiene miedo y presta mucha atención a todos los cambios que acontecen en su cuerpo. R tiene miedo a sufrir un ataque al corazón. Cuando aparece este pensamiento, R empieza a experimentar una serie de sensaciones como palpitaciones, temblores, sudor, mareos... Todo esto le ha llevado progresivamente a evitar una serie de situaciones en las que teme que puedan suceder estas «crisis».

Algunas de las situaciones temidas son estar solo, estar en lugares en los que hay mucha gente, hacer ejercicio físico, viajar en autobús o en metro. Esto repercute en la vida de R, ya que el paciente ha dejado de juntarse con sus amigos para hacer deporte y no entra en bares ni cines. R dice no recordar cuándo fue la última vez que hizo un viaje fuera de su ciudad. Además, R comenta que si se ve «obligado» a ir a alguno de esos lugares, lleva consigo un ansiolítico por si empieza a ponerse nervioso.

A lo largo del último año, el paciente informó haber tenido al menos cuatro crisis de angustia cada mes, en las que se había sentido repentinamente asustado y nervioso, presentando los siguientes síntomas: taquicardia, palpitaciones, sudoración, falta de aire, mareo y opresión en el pecho. Las crisis duran alrededor de diez minutos y cuando empezó a tenerlas no se encontró ninguna enfermedad física ni estaba tomando ninguna medicación o droga.

CASO TRASTORNO DE ANSIEDAD SOCIAL

M es una paciente de 35 años. Es dependiente de una tienda de ropa, vive con su pareja y no tienen hijos. Explica que la relación con sus padres es buena y que siempre han sido personas muy tranquilas, de estar mucho en casa. No les gustaba salir con amigos a hacer actividades colectivas. Refiere que siempre han sido bastante estrictos y que de pequeña tenía muy marcados los límites de las cosas que se podían hacer y las que no. Considera que le pusieron tantos límites porque en el colegio no sacaba buenas notas y su comportamiento no era bueno, no colaboraba en las clases y solía tener conflictos (aunque no graves) con las maestras. Relata que era una niña muy tímida y eso le hacía no participar en clase («Me bloqueaba, me costaba hablar y mis compañeros se reían de mí»), y tampoco relacionarse mucho con sus compañeros. Considera pues que en la etapa escolar ya se mostraba muy tímida, pero empezó a ser un problema serio para ella en la adolescencia. Describe una situación en una excursión que realizaron en el instituto en la que unas compañeras de clase se burlaron de ella y empezó a sentirse muy ansiosa («Me faltaba el aire, empecé a temblar, sentía sudoración»). Explica que esto provocó aún más burlas de los demás. Desde entonces dice que ha aumentado el miedo a que los demás la evalúen negativamente.

La paciente acude a consulta porque refiere que siente ansiedad elevada cuando tiene que vivir situaciones en las que está rodeada de gente, o cuando tiene que entablar conversaciones con personas que no conoce. M siente un malestar elevado en situaciones de interacción social. Cuando se expone a ellas esto le provoca una respuesta de ansiedad (rubor, sudoración, temblor, etc.). Focaliza mucho la atención en sus síntomas. Comenta que teme mostrar estos síntomas de ansiedad delante de la gente, por lo que evita estas situaciones. Y si las afronta, es con gran angustia, escapando muchas veces de ellas. M explica que valora este miedo como excesivo e irracional y que además está afectando a varias áreas importantes de su vida. Explica que ha llegado a rechazar puestos de trabajo por incluir en estos la actividad de relacionarse con más personas. Accedió a trabajar en el establecimiento actual porque es una tienda pequeña de su pueblo en la que no entra mucha gente a la vez. Explica que si entran muchas personas lo pasa verdaderamente mal y evita preguntarles si necesitan alguna cosa.

Refiere estar preocupada porque esto puede estar influyendo en las ventas que realiza y tiene miedo de que la despidan porque necesita el dinero. Además, está teniendo otras consecuencias como baja autoestima, humor disfórico, deterioro del rendimiento laboral y menores posibilidades de establecer relaciones de pareja. Cuando M anticipa o se expone a situaciones sociales empieza a pensar que es inadecuada a nivel social, que carece de habilidades para hacer frente a situaciones en las que tiene que interactuar con más gente, que no sabrá dar respuestas socialmente adecuadas y que no va a poder manejar su ansiedad. Además, cree que los demás la van a criticar y van a pensar que no sabe expresarse bien. Comenta que todo esto le hace sentir muy triste y que tiene menos ganas de hacer actividades que antes le gustaban. Lloro con más frecuencia y también nota que está más irritable con las personas de su círculo más próximo.

CASO DEPRESIÓN

V tiene 34 años, está casado y tiene una hija de cuatro años de edad. V acude a consulta porque, según describe, hace dos años decidió poner en marcha una empresa propia. Comenta haber puesto mucha ilusión, trabajo y esfuerzo en este proyecto, sin embargo, manifiesta que desde entonces «han sido todo problemas». Por un lado, abandonó su puesto de trabajo, y tuvo que irse a vivir a otra ciudad, separado de su mujer e hija. Además, pidió un préstamo importante al banco que en estos momentos no sabe cómo afrontar.

El paciente afirma que él y su mujer llevaban una vida tranquila antes de meterse en esta empresa. Según refiere, estaba un poco cansado de un trabajo monótono, pero manifiesta que tenía un buen puesto de trabajo, con un sueldo razonable, y refiere que se llevaba muy bien con sus compañeros. Siempre ha sido una persona trabajadora y eficaz. Manifiesta que se sentía muy valorado tanto por su jefe como por sus compañeros de trabajo. Relata que él y su mujer estaban bien y refiere que «no entiende por qué tuvo que tomar esa decisión». Siempre había tenido la ilusión de montar algo por su cuenta. Su idea era abrir una franquicia y tenía previsto estar fuera de casa dos años para después poder contratar a un encargado en quien poder confiar y poder volver a vivir con su mujer e hija. Pensó que no sería demasiado pesado y que, al cabo de un tiempo, les compensaría a todos. Cuando pasaron unos meses, el paciente empezó a sentirse mal porque, según refiere, «no salía de la tienda, dormía allí y estaba todo el tiempo trabajando». Además, empezó unas obras que se retrasaron mucho y esto hacía que no pudiera atender a los clientes, ni poner en funcionamiento la tienda y, de este modo, no podía devolver los préstamos que debía.

Comenta que al cabo de un año y medio de vivir solo allí y ver que no se resolvían las cosas «nada salía como estaba previsto» y empezó a sentirse desbordado por los acontecimientos. Refiere que «era demasiado trabajo para una sola persona, y los beneficios no le permitían tener más ayuda profesional», hasta que después de muchos intentos empezó a experimentar un estado de ánimo profundamente decaído, llanto a diario, pérdida de peso (perdió 10 kg), desesperanza y sensación de culpa por todo lo sucedido. Hasta que finalmente decidió traspasar la tienda.

Actualmente, V se encuentra de baja desde hace seis meses. Afirma sentirse muy inestable, una sensación de tristeza importante (hay días en que no se levanta), apatía, anhedonia; refiere dificultades para mantener la higiene general, no quiere saber nada del trabajo, afirma que «ha perdido el interés por todo», comenta que no se siente capaz de jugar con su hija o pasar tiempo con ella, o bien experimenta desinterés por el sexo, y según refiere «cree que las cosas no van a mejorar». Continuamente se siente irritable, irascible, muy sensible. Tiene insomnio de conciliación (de 4-5 horas). Manifiesta pasar la mayor parte del día rumiando acerca de todo lo sucedido («por qué me metería yo en esto», «soy un burro, no valgo para nada, nunca seré capaz de remontar», «solo tomo malas decisiones», etc.). Reconoce haber tenido ideas de muerte o desaparición, pero no le preocupa porque según indica no lo haría.

Prácticas de laboratorio

Prácticas de laboratorio

1. OBJETIVOS

Las prácticas de laboratorio tienen como objetivo que el alumno conozca con más detalle y adquiera las habilidades necesarias para la aplicación de técnicas de evaluación y tratamiento concretas basadas en la evidencia para determinados trastornos psicológicos. Concretamente, el trastorno de pánico y agorafobia, el trastorno de ansiedad social y el trastorno depresivo mayor. Una última práctica se dedica al protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales. Se trata de que los alumnos lleven a cabo ensayos comportamentales (preparados con antelación) en los que, por parejas o pequeños grupos, se ejemplificará la aplicación de dichas técnicas de tratamiento basadas en la evidencia. Se proporcionará retroalimentación al finalizar su actuación. Para ello la herramienta Socrative puede ser de gran ayuda. El docente puede elaborar una rúbrica de evaluación para que sean los propios alumnos los que se proporcionen *feedback* entre ellos a través de la aplicación móvil, y así involucrar al resto de alumnos en las actuaciones de los compañeros.

2. DURACIÓN

Se llevarán a cabo durante 8 horas.

3. LABORATORIOS QUE SE VAN A REALIZAR

Laboratorio 1: El tratamiento del trastorno de pánico y la agorafobia

Laboratorio 2: El tratamiento del trastorno de ansiedad social

Laboratorio 3: El tratamiento de la depresión

Laboratorio 4: El tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales

1. Laboratorio 1: El tratamiento del trastorno de pánico y la agorafobia

Tipo de trabajo: EN PAREJAS

Duración: 2 horas

- *Primera hora:*
 - Presentación del *módulo educativo* del programa
 - Presentación del *modelo cognitivo* del pánico
- *Segunda hora:*
 - Experimento conductual de *hiperventilación y entrenamiento en respiración lenta* (lo llevará a cabo el profesor/a)
 - Realización de *otros experimentos comportamentales*

Objetivo de la actividad: mejorar el aprendizaje del tema 5. Tratamientos basados en la evidencia para el trastorno de pánico y la agorafobia.

Presentación del módulo educativo del programa

Una vez que se ha obtenido la máxima información sobre el problema del paciente, es importante que este empiece a comprender qué es lo que le ocurre. Generalmente, los pacientes con pánico llegan a consulta terriblemente angustiados por la posibilidad de tener un problema orgánico que los médicos no acaban de detectar. Por esta razón, les ayuda mucho: *a)* comprender que lo que les ocurre es un problema de ansiedad y que esta nunca resulta peligrosa; y *b)* conocer cuál es el proceso que se da en un ataque de pánico.

Sin embargo, de acuerdo con el estilo de la terapia, el terapeuta cognitivo no debe caer en un rol paternalista o tranquilizador del paciente, intentando convencerle de que lo que le ocurre «no tiene importancia». Es importante que el terapeuta suscite, de un modo interactivo con el paciente, mediante ejemplos y preguntas, las creencias de este sobre la ansiedad y que sea él mismo el que llegue a sus propias conclusiones sobre qué es lo que le ocurre o le puede ocurrir. El papel del terapeuta es el de enfrentar al paciente con sus propias contradicciones o incoherencias, ayudándole a extraer partido de su propia experiencia.

Principalmente, en este módulo educativo se abordan los siguientes aspectos:

- **¿Qué es la ansiedad? Se trata de «consensuar» con los pacientes el concepto de ansiedad.** En varias ocasiones llegan a consulta habiendo escuchado frecuentemente el término ansiedad sin tener muy claro qué es.
- **Posible valor adaptativo de la ansiedad.** Los pacientes aseguran que la ansiedad es negativa y peligrosa, por lo tanto, es fundamental dejarles claro que la ansiedad nunca resulta peligrosa en sí misma. Solemos decir con rotundidad

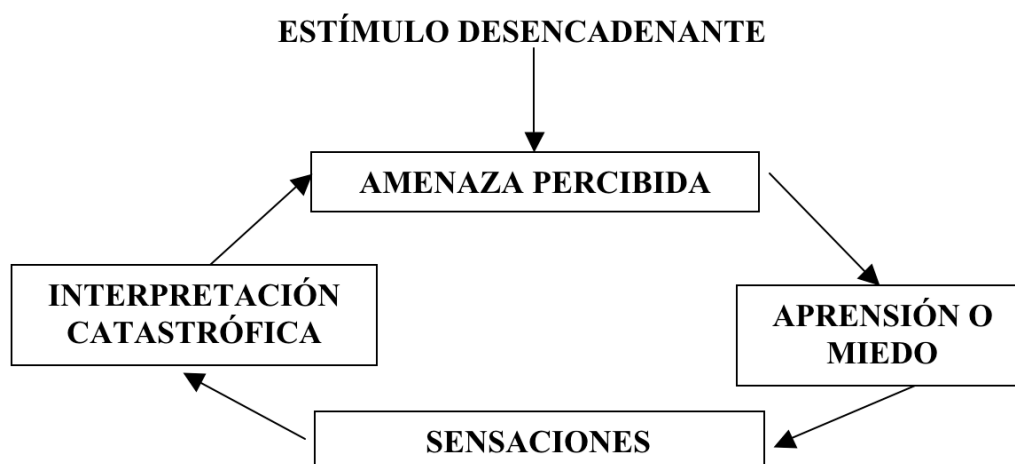
que nunca nadie en ningún lugar del mundo ha muerto, ha enloquecido, ha perdido el control o se ha desmayado por esto, una afirmación que suelen grabar en sus mentes y recordar en momentos críticos. Finalmente, para incidir en el carácter adaptativo que puede tener cierto grado de ansiedad, comentamos que esta puede proporcionar a una persona un grado óptimo de activación que le ayude a mejorar su rendimiento y que seguramente, sin la ansiedad, el ser humano no habría sobrevivido a lo largo de la historia.

- **Ausencia de consecuencias perjudiciales de la ansiedad para el organismo.** Lo importante de dialogar con los pacientes estos puntos es que, de una manera sutil, el terapeuta va intentando romper la creencia del paciente de que cualquier reacción de ansiedad es negativa.
- **Formas de manifestar la ansiedad.** Se le presenta al paciente el triple sistema de respuesta de la ansiedad, es decir, los componentes cognitivos, fisiológicos y motores que surgen cuando aparece.
- **Importancia central del pensamiento en el desencadenamiento de la ansiedad.** Para ello, Clark suele utilizar el ejemplo de Beck, en el que una persona oye un ruido en una habitación y, dependiendo de lo que interprete (como la entrada de un ladrón o el viento), las sensaciones que experimenta el paciente y su comportamiento resultan totalmente distintos. Ejemplos de cómo presentar el módulo educativo del programa de tratamiento se puede encontrar en el capítulo número 4 del libro de Botella y Ballester (1997).

Presentación del modelo cognitivo del pánico

Una vez aclarados todos los puntos del módulo educativo, terapeuta y paciente llegan juntos a descubrir cuál es el proceso que ocurre en un ataque de pánico, así como el origen y mantenimiento del trastorno. Para ello nos ayudamos del contenido de la última crisis que tuvo el paciente. Esto permite que se identifiquen con el modelo y encuentren una posible forma de explicar lo que les ocurre.

El modelo cognitivo del pánico de Clark y Salkovskis (1987) postula que este proceso es el siguiente:



Se le explica al paciente que la crisis comienza con un determinado **estímulo**. Ese estímulo inicial puede ser tanto de tipo interno (por ejemplo, una sensación corporal) como externo (por ejemplo, un lugar o situación). Por razones que pueden ser muy variadas, la persona se siente **amenazada** ante ese estímulo. Entonces, el sujeto responde con una respuesta emocional de **miedo**. Como ya se ha explicado con anterioridad, esta respuesta implica una serie de **manifestaciones fisiológicas**. El sujeto asocia e **interpreta** tales sensaciones como indicadoras de que le va a ocurrir algo malo (por ejemplo, un ataque, desmayo o pérdida de control). Son estas cogniciones las que incrementan la percepción inicial de amenaza. Este incremento lleva, a su vez, a un aumento de las sensaciones corporales, con lo que la cognición catastrófica se valida a sí misma, de modo que la persona entra en un círculo vicioso que culmina en el pánico o la angustia (Botella y Ballester 1997).

Una vez presentado este modelo, se le pregunta al paciente si él cree que esta puede ser una buena forma de explicar lo que le ocurre en una crisis, y si se le ocurre alguna manera de romper ese círculo vicioso. Entre paciente y terapeuta deben llegar a la conclusión (mediante ejemplos de crisis reales del paciente) de que la mejor forma de romper el círculo vicioso del pánico es modificando las interpretaciones catastróficas que el paciente hace de las sensaciones corporales que experimenta. En el capítulo 4 de Botella y Ballester (1997) se ilustra la presentación del modelo cognitivo al paciente.

Prueba de hiperventilación y entrenamiento en respiración lenta

Tras la explicación del modelo cognitivo del pánico, el terapeuta informa al paciente acerca de la conveniencia de realizar una prueba para conocer mejor qué es lo que (en el caso concreto del paciente) ocurre en sus crisis: la prueba de hiperventilación. Mediante la hiperventilación es posible inducir pánico de forma artificial (en la mayor parte de los pacientes), produciendo síntomas muy similares a los producidos en una crisis. La utilidad de la prueba de hiperventilación está en que puede ayudar al paciente a modificar las interpretaciones catastróficas de sensaciones corporales, sustituyéndolas por otras interpretaciones alternativas más racionales («no me estoy muriendo, simplemente creo que estoy bastante nervioso y debo estar hiperventilando demasiado»).

El nivel de similitud entre las sensaciones corporales observadas al realizar la tarea de hiperventilación y las de las crisis de angustia o ataques de pánico da una idea al terapeuta de en qué grado la hiperventilación constituye un elemento importante en sus crisis y en qué grado buena parte del tratamiento debe enfocarse hacia la hiperventilación. Para comprobar esta similitud, el paciente rellena el cuestionario de similitudes después de la prueba de hiperventilación (anexo 4).

Una vez realizada la prueba, se le pregunta al paciente qué piensa del hecho de que realizando una simple tarea respiratoria haya tenido síntomas similares a los experimentados en las crisis. Se inicia entonces un proceso de reatribución de las sensaciones corporales que aparecen en las crisis.

Cuando toda la prueba ha terminado se le explica al paciente el mecanismo fisiológico de la hiperventilación: por qué se produce y cómo origina sensaciones

corporales. También se le explica el lugar que ocupa la hiperventilación en el círculo vicioso del pánico.

MECANISMO FISIOLÓGICO DE LA HIPERVENTILACIÓN

Cuando la respiración es rápida y está alterada se produce una entrada excesiva de oxígeno en nuestro cuerpo y una eliminación, también excesiva, de dióxido de carbono, dando lugar a una serie de cambios químicos, como el cambio en el pH de la sangre, directamente responsables de algunas sensaciones corporales y mentales que experimentamos. Si se mantiene la pauta respiratoria anómala durante un tiempo las sensaciones corporales pueden llegar a ser muy alarmantes. La vasoconstricción cerebral puede producir sensación de mareo, sensación de desmayo, alteraciones visuales y sensación de irrealidad. Asimismo, la disminución del dióxido de carbono produce también una alteración en la irritabilidad de los nervios periféricos, lo que ocasiona hipersensibilidad a ciertos estímulos como la luz (fotofobia) o el ruido (hiperacusia). La reducción en el flujo sanguíneo coronario y la disminución del aporte de oxígeno al músculo cardíaco dan lugar a sensaciones alarmantes en el ritmo cardíaco, como latidos irregulares, taquicardias... Además, la respiración rápida y alterada da lugar a otros cambios, como descenso en el bicarbonato de la sangre, cambios en la composición de la orina, alcalosis respiratoria e hipocalcemia. Esto último actúa produciendo espasmos, temblores y calambres en las extremidades. También la hiperventilación puede producir fatiga y cansancio general, falta de concentración y memoria, cambios repentinos de calor a frío... La presión y dolores en el pecho se deben a la aerofagia y/o al uso excesivo de los músculos intercostales superiores que se produce en la hiperventilación.

Realización de otros experimentos conductuales

Posteriormente a la prueba de hiperventilación, introducimos **la respiración lenta** como una técnica de control de la ansiedad. Pedimos al paciente que recuerde lo que ocurrió en la prueba de hiperventilación y debatimos con él la importancia de respirar de otro modo, de una manera más lenta, a un ritmo totalmente opuesto a la hiperventilación, con el objetivo de reducir el índice de oxígeno y aumentar el de dióxido de carbono. Tanto paciente como terapeuta oyen una grabación de 5 minutos en la que se marca un ritmo con las palabras inspire-espire. Hay dos ritmos: uno de 8 respiraciones por minuto y otro de 12 respiraciones. El paciente prueba con ambos ritmos y señala cuál le resulta más cómodo. Una vez nos hemos asegurado de que el paciente sabe cómo realizar la nueva respiración, le decimos que vamos a realizar una prueba cuyo objetivo es que comprenda mejor la utilidad de la respiración lenta. Hacemos hiperventilar al paciente y le avisamos de que levante el brazo cuando empiece a notar sensaciones desagradables. Cuando lo hace, le pedimos que siga el ritmo de respiración lenta que le hemos enseñado y que está grabado. El paciente debe levantar el brazo cuando, de nuevo, se sienta bien. Al terminar la prueba se le da *feedback* al paciente del tiempo que le ha costado eliminar o reducir las sensaciones desagradables que han aparecido tras la hiperventilación.

Es importante avisar al paciente de la importancia de practicar este ritmo de respiración en su casa, para que vaya poco a poco automatizándolo.

Experimentos comportamentales

«Los *experimentos conductuales* son una oportunidad para enfrentar directamente al paciente con sus propias creencias y con sus propios miedos, permitiendo la obtención de experiencias que tienen el gran valor de haber sido vividas por el paciente y no sólo transmitidas por el terapeuta» (Botella y Ballester 1997, 96). Son un elemento que resulta muy útil en la terapia cognitiva. Su utilidad reside en que el paciente comprende mucho mejor la importancia que tienen las cogniciones en sus crisis y la irracionalidad de estas.

Existen diferentes tipos de experimentos comportamentales que se pueden llevar a cabo con los pacientes. Por un lado, se trataría de afrontar las situaciones o actividades que el paciente teme como, por ejemplo, cruzar un puente o emocionarse. El objetivo de estos experimentos sería someter a prueba la eficacia de las técnicas de control de la ansiedad y explorar si realmente se producen las consecuencias catastróficas que el paciente teme. Por otro lado, otro tipo de experimentos conductuales irían orientados a reproducir las sensaciones que están presentes en las crisis de los pacientes. Estos experimentos se relacionan en mayor medida con las sensaciones corporales temidas.

Dentro de este último apartado podemos encontrar: **la lectura de una lista de pares asociados** (sensación corporal-cognición irracional, por ejemplo, palpitaciones-morir). Los pacientes experimentan un aumento de la ansiedad por el solo hecho de leer esta lista, y lo anotan en un cuestionario (anexo 5). El terapeuta le pregunta qué le hace pensar el hecho de que simplemente leer una lista de palabras incremente su ansiedad. El paciente comprende así fácilmente la importancia de los pensamientos catastróficos en una crisis.

Otro importante experimento conductual es el de **hiperventilación** (que ya hemos comentado) o el de focalización de la atención. La idea central de la focalización de la atención es que el paciente lleve su foco atencional a aquella parte del cuerpo que teme (por ejemplo, el corazón). El paciente se dará cuenta de que simplemente atender a su corazón le permite detectar diferentes sensaciones corporales (como el pulso). Posteriormente se le pide al paciente que describa detalladamente el despacho, dejando de ser consciente de su corazón. De nuevo es el paciente quien tiene que extraer las conclusiones del experimento, observando las diferencias que se producen al cambiar el foco atencional y poniendo de manifiesto la hipervigilancia que existe durante las crisis. El alumno puede obtener más información respecto a experimentos conductuales en el capítulo número 8 del libro de Botella y Ballester (1997).

Referencias

Botella, Cristina y Rafael Ballester. 1997. *Trastorno de pánico: Evaluación y tratamiento*. Barcelona: Martínez Roca.

2. Laboratorio 2: El tratamiento del trastorno de ansiedad social

Tipo de trabajo: EN GRUPO

Duración: 2 horas

- *Primera hora:*
 - Realización del test de evitación conductual «Tarea del discurso» (lo llevará a cabo el/la profesor/a).
- *Segunda hora:*
 - Realización de un ensayo de conducta con/sin conductas de seguridad.

Objetivo de la actividad: mejorar el aprendizaje del tema 6. Tratamientos basados en la evidencia para el trastorno de ansiedad social.

Test de evitación conductual: la tarea del discurso

El *test de evitación conductual* es una estrategia de evaluación que pretende medir directamente la conducta social. En el caso del trastorno de ansiedad social la situación observada es simulada y ejecutada en forma de juego de roles, ya que las conductas sociales significativas son impredecibles y, en muchas ocasiones, ocurren en situaciones privadas o de difícil acceso a la observación. Existen tres tipos fundamentales de pruebas estandarizadas: mantener una conversación con una persona del mismo sexo, mantener una conversación con una persona del sexo opuesto y dar una charla improvisada ante una pequeña audiencia.

En este apartado nos vamos a centrar en la última prueba, conocida como «la tarea del discurso». Se trata de un test de evitación conductual orientado a evaluar el grado de aproximación o evitación del estímulo fóbico, en este caso una situación social.

Antes de comenzar se evalúa la ansiedad anticipatoria, normalmente en unidades subjetivas de ansiedad (USA) y, posteriormente, se sigue pidiendo informe de la ansiedad a lo largo de todo el proceso.

La tarea consiste en hablar durante 10 minutos ante un grupo de tres personas de las cuales, al menos, una es conocida. Hay una lista de 20 temas de opinión (figura 1) de los que el paciente tiene que coger cinco temas al azar y, de estos, elegir como máximo tres temas. No podrá hablar de otro tema, solo de cualquiera de los tres que haya elegido en el orden que prefiera. Tendrá 3 minutos para prepararse al menos dos de los tres temas elegidos.

El discurso tiene que durar como mínimo 3 minutos. Si continua hasta los 10 minutos mejor, pero si desea dejarlo porque se pone muy nervioso/a puede hacerlo después de los *3 minutos obligatorios*. Si se para antes de que finalicen esos tres minutos le pediremos que continúe. Si no puede seguir, que nos lo indique.

Los miembros de la audiencia, que le estarán escuchando, no le preguntarán ni le dirán nada. Se limitarán a escucharlo. Se trata de miembros del equipo, otros terapeutas y/o colaboradores (si es necesario se le recuerda al sujeto que la confidencialidad de los datos también se extiende a esas personas). Es importante que cuando acabe el discurso nos lo indique diciendo «YA» para parar el cronómetro.

Material que se necesita para llevar a cabo la «tarea del discurso»

- Terapeuta:
 - Cronómetro
 - Tarjeta con temas (20) (figura 1)
 - Hoja de Expectativas ante la Tarea (I y II) (anexo 6)
 - Evaluación de la tarea del discurso
 - SISST (Glass et al., 1982)

- Miembros de la audiencia:
 - Evaluación de la tarea del discurso (anexo 7)

1. Programas de TV
2. El problema de la contaminación
3. Los famosos
4. Vacaciones
5. Elección de una carrera: ¿vocación o resignación?
6. Teléfonos móviles
7. ¿Películas en vídeo o cine?
8. Anuncios en TV
9. Internet
10. Cine español
11. ¿Somos esclavos de la moda?
12. Cirugía estética
13. Animales domésticos
14. Aprender inglés
15. El fútbol
16. ¿Series americanas o españolas?
17. ¿Radio o TV?
18. La prensa del corazón
19. El medio ambiente
20. ¿Está la tecnología cambiando la forma en que nos comunicamos?

Figura 1. Lista de temas para la tarea del discurso

Ensayos de conducta

Los ensayos de conducta consisten en juegos de roles en los cuales los pacientes ensayan en sesión algunas de las situaciones que les producen miedo o ansiedad y/o que tienden a evitar. Forman parte del tratamiento, específicamente, del componente de exposición. Los objetivos de los ensayos de conducta son:

- Someter a prueba el grado de adecuación de las creencias (son erróneas y, además, sobrestiman la peligrosidad de dichos estímulos).
- Hacer predicciones y ver qué ocurre (como un experimento comportamental).
- Comprobar la peligrosidad o amenaza real de las situaciones sociales.

En el marco de un tratamiento en grupo para el trastorno de ansiedad social y con la finalidad de evitar que aparezca ansiedad anticipatoria excesiva durante la semana previa al ensayo de conducta, los pacientes no saben quién o quiénes van a realizar un ensayo de conducta en sesión. Cada ensayo de conducta se planifica de modo que todos los posibles participantes (terapeutas, resto de miembros del grupo y colaboradores externos) sepan con exactitud cuál es el papel que han de desempeñar, proporcionando un mayor control de la situación. Por otra parte, se cuida el ambiente físico para que se parezca lo más posible a la realidad, y se incluyen varios aspectos clave que el paciente teme, dándole técnicas para hacer frente a la situación.

A continuación, se presentan los pasos específicos para llevar a cabo los ensayos de conducta:

Antes de cada ensayo:

- Imaginar la situación.
- Identificar pensamientos automáticos que pueden aparecer y la intensidad de la emoción.
- Discusión cognitiva.
- Generación de pensamientos alternativos (se dejan en la pizarra).
- Establecer un objetivo/meta apropiado: realista, concreto, comportamental (observable) y bajo nuestro control (se deja en la pizarra).

Durante el ensayo:

- Se piden los niveles de ansiedad cada 2 minutos.
- El paciente lee (de la pizarra) los pensamientos alternativos cuando informa de la ansiedad.
- El paciente utiliza los pensamientos alternativos en cualquier momento en que aparezcan pensamientos negativos.
- El paciente lee el objetivo del ensayo para estar centrado en él (no cambiar de objetivo durante el ensayo, no ponerme nervioso, hacerlo bien...).

Después del ensayo:

- Revisar el objetivo y evaluar si se ha logrado.
- Revisar si se han presentado los pensamientos negativos previstos.
- Evaluar si se han utilizado los pensamientos alternativos.
- Revisar si han aparecido otros pensamientos negativos no previstos y cómo se han afrontado.
- Examinar la relación entre los pensamientos automáticos negativos, los alternativos y los niveles de ansiedad (hacer gráfico de la ansiedad).
- Resumen por parte del paciente de los aspectos más importantes de su ensayo (¿qué ha aprendido que le pueda servir en su vida cotidiana?).

Establecimiento de metas para los ensayos de conducta: 1) realistas, 2) concretos y específicos, 3) bajo control del paciente, y 4) conductuales y no afectivos.

Ensayos de conducta en sesión abandonando las conductas de seguridad

Las conductas de seguridad son una serie de estrategias que los pacientes utilizan con el objetivo de evitar que se produzcan las «catástrofes» temidas (Salkovskis 1991) (por ejemplo, no coger objetos pequeños para que los demás no noten el temblor de manos).

No obstante, como señala Wells (1997), desempeñan un papel fundamental en el mantenimiento de la ansiedad (anexo 8) y disminuyen la eficacia de la exposición en el caso de que esta se realice sin la retirada de dichas conductas (Wells, Clark, Salkovskis, Ludgate, Hackman y Gelder 1996). Este componente se aplica recordando a los pacientes qué son las conductas de seguridad y qué inconvenientes supone su utilización. Después se ilustra todo esto mediante la realización de dos ensayos de conducta por parte de los pacientes: uno manteniendo las conductas de seguridad y otro abandonándolas. Al finalizar ambos ensayos se comenta con el grupo cómo ha sido la ejecución del paciente, los niveles de ansiedad experimentados y la diferencia entre ambos. Se pide a los pacientes que, a partir de ese momento, realicen las tareas de exposición abandonando progresivamente las conductas de seguridad que cada uno ha identificado como característica de él mismo.

Referencias

Botella, Cristina, Rosa M.^a Baños y Conxa Perpiña (comps.). 2003. *Fobia social. Avances en la psicopatología, la evaluación y el tratamiento psicológico del trastorno de ansiedad social*. Barcelona: Paidós. Caps. 4, 5 (87-150) y 7 (189-215).

3. Laboratorio 3: El tratamiento de la depresión

Tipo de trabajo: EN PAREJAS

Duración: 2 horas

- *Primera hora:*
 - Presentación de la agenda de la sesión al paciente.
 - Presentación de las tareas para casa al paciente y explicación del registro de situaciones, pensamientos y emociones.
 - Entrenamiento en identificación de pensamientos negativos.
- *Segunda hora:*
 - Discusión cognitiva de una idea irracional. Por ejemplo, «No valgo nada».

Objetivo de la actividad: mejorar el aprendizaje del tema 10. Tratamientos basados en la evidencia para la depresión.

Presentación de la agenda de la sesión al paciente

Las sesiones de terapia cognitiva están estructuradas, es decir, existe un plan de actuación en cada sesión limitado en función del tiempo. El formato general de una sesión de terapia cognitiva es el siguiente:

- Revisar el estado del paciente.
- Establecer la agenda de la sesión.
- Revisar la tarea del paciente.
- Metas propias de la sesión. Llevarlas a cabo.
- Asignar tareas para la próxima sesión.
- *Feedback* sobre la sesión.

La agenda de la sesión es flexible, se establece entre el terapeuta y el paciente. Aunque el terapeuta tiene estructuradas las tareas que debe realizar en la sesión, el paciente puede añadir algún otro aspecto que le parezca relevante tratar y opinar sobre los puntos que le propone el terapeuta.

La manera de presentar la agenda de la sesión por parte del terapeuta consiste en exponer los puntos que este ha estructurado para la sesión y preguntarle al paciente si está de acuerdo, si tiene alguna sugerencia que hacer, etc. Basándose en las respuestas y sugerencias del paciente se establece la agenda definitiva de la sesión y se lleva a cabo.

Presentación de las tareas para casa al paciente y explicación del registro de situaciones, pensamientos y emociones

Tareas para casa

Uno de los aspectos más importantes en la terapia cognitivocomportamental es la necesidad de que el paciente lleve a cabo una serie de tareas en el tiempo que transcurre entre las sesiones de terapia.

Las tareas para casa se deben presentar al paciente como un componente más del tratamiento que va a recibir, remarcando la importancia que tienen, ya que el hecho de realizarlas o no es un factor fundamental que influye en el progreso de la terapia y en la mejoría del paciente.

Para que el paciente se sienta motivado para realizarlas, además de transmitirle su importancia, es necesario que se presenten de la manera más sencilla posible y que se realicen previamente ejemplos por parte del terapeuta. Asimismo, es importante que el paciente comprenda la utilidad de cada una de las tareas que realice dentro del marco del tratamiento y valore los posibles obstáculos que puedan aparecer para realizarlas.

Explicación del registro de situaciones, pensamientos y emociones

En la terapia cognitivo-comportamental para la depresión, el paciente lleva a cabo varios tipos de registros (anexo 9).

Uno de ellos consiste en registrar las situaciones, pensamientos, emociones, conductas y consecuencias en cada momento que se encuentre mal (Registro ABC).

- Para que lo lleve a cabo se debe explicar al paciente qué significa cada uno de esos términos. Es importante poner ejemplos y comprobar que lo ha entendido diciéndole que nos lo explique a nosotros.
- Además, el paciente debe comprender por qué es importante que registre esos aspectos.
- Previamente hay que explicarle con ejemplos (y pidiendo su colaboración) que los principios básicos de la terapia son que «sentimos según pensamos» y «actuamos según las consecuencias que obtenemos», y que por ello nos es necesario saber qué es lo que piensa cuando se siente mal, cómo actúa y qué consecuencias obtiene.
- Hay que adecuar el registro al nivel cultural del paciente. Por ejemplo, se puede empezar registrando solamente situaciones y emociones e ir añadiendo progresivamente el resto de los aspectos.

Entrenamiento en identificación de pensamientos automáticos negativos

- Problema de la terapia cognitiva: necesita bastante capacidad de razonamiento.
- Tríada cognitiva: visión negativa de sí mismo, el mundo que le rodea y el futuro.
- Pensamiento depresivo: dominado por errores lógicos en el procesamiento de la información.

El paso previo a la reestructuración cognitiva de pensamientos automáticos y creencias irracionales es ser capaz de identificar dichos pensamientos. Para lograr que el paciente sea capaz de identificarlos debemos conseguir:

- Que registre los pensamientos que tiene cuando experimenta una emoción negativa. De esta manera, se hace consciente de sus propios pensamientos (véanse registros).
- Que conozca y comprenda las características de los pensamientos negativos para que los identifique más fácilmente. Dichas características son las siguientes:
 - Son automáticos. Esto quiere decir que acuden a la mente de una forma rápida y se tiene la sensación de que no podemos controlar su aparición voluntariamente.
 - Comienzan muy a menudo con «debería o debo», «tendría o tengo que».
 - Incluyen términos absolutos como «nunca», «siempre», «todo», «todo el mundo»...
 - Tienen a dramatizar. Predicen catástrofes, suponen lo peor.
- Que practique la identificación de pensamientos automáticos sistemáticamente siguiendo los siguientes pasos:
 - Observar las situaciones o los momentos en que se siente deprimido, culpable, inútil, angustiado o perturbado emocionalmente en general.
 - Fijarse en los pensamientos que tiene en esos momentos.
 - Identificar pensamientos que tengan las características que hemos comentado.
 - Anotar esos pensamientos en el registro que le ha entregado el terapeuta.

Para que el paciente comprenda bien la forma de identificar pensamientos automáticos, las explicaciones deberán estar acompañadas por ejemplos de situaciones y pensamientos reales de la vida del paciente. El terapeuta irá comprobando también, mediante preguntas y pidiendo al paciente que él mismo ponga ejemplos, si ha comprendido bien y si es capaz de identificar pensamientos irracionales.

Discusión cognitiva de una idea irracional

Una vez que el paciente es capaz de identificar creencias irracionales, el siguiente paso es reestructurar esas creencias. Veamos los pasos a seguir, según el modelo de terapia de Beck:

1. Identificar y anotar claramente el pensamiento negativo automático del paciente.

Preguntas para analizar hasta qué punto sus pensamientos se ajustan a la realidad

Estimación de la creencia en ese pensamiento en una escala de 0 («no creo esto en absoluto») a 100 («estoy completamente convencido de que es verdad»).

1. Buscar la *evidencia que apoya* este pensamiento.
2. Buscar la *evidencia en contra* de ese pensamiento.
3. Según esta evidencia, ¿cuál es la *probabilidad* de que este pensamiento sea cierto?
4. Generar una *explicación o pensamiento alternativo*, más realista y que concuerde con la evidencia reunida.
5. Reestimar el grado de creencia en el pensamiento inicial.
6. Estimar el grado de creencia en el pensamiento alternativo.

Preguntas para analizar de qué forma influyen estos pensamientos en el estado de ánimo y la conducta

1. Este pensamiento, ¿*me ayuda* a conseguir mis objetivos?
2. ¿*Cómo influye* este pensamiento en mi *estado de ánimo*?
3. ¿*Cómo influye* en mi *conducta*?
4. Pensar esto, ¿*me beneficia o me perjudica*?

Preguntas para analizar lo que ocurriría si lo que pensara fuera cierto

1. ¿*Qué pasaría exactamente* si las cosas fueran realmente como yo pienso que son (consecuencias reales que tendrían lugar)?
2. ¿En qué medida *sería realmente grave*? (se le enseña a usar una escala de valoración de gravedad, donde «0 = nada» y «10 = lo peor que podría llegarle a ocurrir en la vida». ¿Es realmente una catástrofe?
3. Aunque la situación no sea agradable, ¿*acaso durará siempre*?, ¿cuánto tardarán las cosas en volver a la normalidad?
4. ¿Qué *soluciones* podría poner en marcha?

La identificación de distorsiones cognitivas y del resultado de la reestructuración cognitiva se realiza primero en la sesión de terapia. Posteriormente, el paciente debe hacerlo por sí solo en casa y anotar en un registro los resultados que obtiene (anexo 9).

Ensayo y práctica de la reestructuración cognitiva

Para asegurar el cambio cognitivo, Bas y Andrés (1994) proponen las estrategias siguientes:

1. Escribir en tarjetas los pensamientos alternativos, buscar activamente las situaciones en donde suele aparecer este pensamiento negativo y tratar de reetiquetar o reevaluar la situación, aplicando las alternativas más creídas. Si es pertinente, utilizarlas como autoinstrucciones de enfrentamiento a la situación-problema. Reevaluar el grado de credibilidad de las alternativas después del ensayo. Autorreforzarse por cada práctica.
2. Practicar en las situaciones naturales que se presenten, leyendo o acordándose de las alternativas. Autorreforzarse por cada práctica. Opcionalmente, dispensarse consecuencias negativas por no practicar estas alternativas en las situaciones naturales y dejarse llevar por los pensamientos negativos.
3. Si a pesar de todo el trabajo anterior sigue experimentando el pensamiento negativo como verdadero (aunque racionalmente se considere falso), se puede recurrir a un procedimiento de «saciación» similar al que se utiliza con los pensamientos obsesivos.

Distorsiones cognitivas de Beck e ideas irracionales de Ellis

Beck insiste en que el paciente deprimido comete errores de lógica al razonar. Estos errores tienen la forma de pensamientos o creencias distorsionadas que se mantienen sin que el paciente los cuestione ni se pare a pensar si es posible que sean erróneas. Uno de los objetivos en la terapia cognitiva es que el paciente conozca esos errores para que pueda identificarlos en su pensamiento cotidiano. El terapeuta presenta los errores o distorsiones cognitivas al paciente mediante ejemplos y adecuándolos a los propios pensamientos del paciente. A continuación, se presentan las distorsiones cognitivas de Beck y las ideas irracionales de Ellis.

Distorsiones cognitivas en el modelo de Beck (Burns 1980)

1. Pensamiento dicotómico: Ver las cosas como blancas o negras, falsas o verdaderas... No darse cuenta de que son extremos de un continuo. Por ejemplo, «O lo hago todo bien, o soy un fracaso».

2. Pensamiento absolutista o sobregeneralización: Usar términos como *siempre*, *nunca*, *todo*, etc. Elaborar una regla general a partir de hechos aislados. Por ejemplo, «Nadie me quiere», «No valgo nada».
3. Abstracción selectiva: Centrarse en un detalle, sacándolo de su contexto e ignorando otros hechos más importantes, definir toda la experiencia exclusivamente a partir de ese detalle. Por ejemplo, María está conversando con una amiga que en un momento dado se despista, aunque luego vuelve a participar en la conversación animadamente. María concluye: «No le interesa lo que digo, la estoy aburriendo».
4. Descalificación de las experiencias positivas: No tener en cuenta las experiencias positivas. No permitirse disfrutar sintiéndose bien, porque si se siente bien, luego se sentirá mal. Sentirse mal por sentirse bien. Por ejemplo, Juan ha conseguido un aumento de sueldo por su profesionalidad y eso le hace sentirse bien, sin embargo, piensa: «No es nada del otro mundo, me lo habrán dado porque lo dice el convenio, no tengo que sentirme bien por ello».
5. Inferencia arbitraria: Adelantar una conclusión negativa, en ausencia de evidencia. Las más comunes son:
 - Adivinar el pensamiento: Adivinar lo que otros están pensando. Por ejemplo, «Los demás están pensando mal de mí».
 - Adivinar el futuro: Anticipar que las cosas saldrán mal. Por ejemplo, Luis ha quedado con una chica que le gusta. Mientras la espera piensa: «No se va a presentar, y aunque lo haga, voy a caerle mal y no querrá salir conmigo nunca más».
6. Magnificación o minimización:
 - Magnificar sus errores o los éxitos de los demás. Por ejemplo, «Mi jefe me ha llamado la atención, soy un trabajador nefasto».
 - Minimizar sus éxitos o los errores de los otros. Por ejemplo, «Aunque mi jefe me haya felicitado por mi trabajo, es mi deber y lo ha hecho por pena».
7. Razonamiento emocional: Asumir que sus sentimientos negativos son el resultado de que las cosas son negativas. Si se siente mal, es que su situación real es mala. Por ejemplo, «No me siento bien cuando estoy con mi mujer, mi matrimonio es un desastre».
8. «Debería»: Utilizar las autoexigencias, «debería» en vez de «me gustaría». Por ejemplo, «Debería ser buen/a madre/padre», «Debería ser buena/o en mi trabajo».
9. Etiquetación: Es un tipo de sobregeneralización. Etiquetarse como persona («soy») a partir de un hecho. Por ejemplo, Ana se ha olvidado de mirar el buzón hoy y concluye: «Soy una pésima compañera de piso».
10. Personalización: Verse a sí mismo como la única causa de un suceso desafortunado. Por ejemplo, «El periódico donde trabajo ha vendido pocos ejemplares por mi culpa, porque no soy buen periodista».

Ideas irracionales de Ellis (Ellis y Grieger 1981)

1. Es una necesidad extrema para el ser humano ser amado y aprobado por prácticamente cada persona significativa de su comunidad.
2. Para considerarse a uno mismo valioso se debe ser muy competente, suficiente y capaz de lograr cualquier cosa en todos los aspectos posibles.
3. Cierta clase de gente es vil, malvada e infame y deben ser seriamente culpabilizados y castigados por su maldad.
4. Es tremendo y catastrófico el hecho de que las cosas no vayan por el camino que a uno le gustaría que fuesen.
5. La desgracia humana se origina por causas externas y la gente tiene poca capacidad o ninguna para controlar sus penas y perturbaciones.
6. Si algo es, o puede ser peligroso o temible, hay que sentirse terriblemente inquieto por ello, se debe pensar constantemente en la posibilidad de que esto ocurra.
7. Es más fácil evitar que afrontar ciertas responsabilidades y dificultades en la vida.
8. Se debe depender de los demás y se necesita a alguien más fuerte en quien confiar.
9. La historia pasada de uno es un determinante decisivo de la conducta actual. Algo que ocurrió alguna vez y le conmocionó debe seguir afectándole indefinidamente.
10. Uno debe sentirse muy preocupado por los problemas y perturbaciones de los demás.
11. Existe una solución precisa, correcta y perfecta para todos los problemas humanos, y si esta solución perfecta no se encuentra, sobreviene la catástrofe.

Ejemplo práctico de una discusión cognitiva

Imaginemos una paciente a la que se le ha diagnosticado de depresión y que trae a consulta en su registro de pensamientos la siguiente información:

- Situación: estoy con una de mis mejores amigas y tenemos una discusión sobre un tema en el que no nos ponemos de acuerdo.
- Pensamiento: no me comprende, no soy una persona importante para ella ni para nadie, soy una mala amiga.
- Emociones: me siento muy triste, hundida y enfadada conmigo misma.

Pasos en la discusión cognitiva:

- *Identificación del pensamiento*: la paciente lo ha identificado claramente en el registro. Se le refuerza por ello.

Estimación de la creencia

T: De 0 a 100, ¿cómo de cierto era para ti ese pensamiento?

P: 100.

Estimación del grado en que siente la emoción de 0 a 10.

T: ¿Cómo te sientes de triste?

P: 9.

T: ¿Qué evidencias tienes a favor de que eres una mala amiga?

P: Discutí con ella y ese día no nos hablamos durante horas.

T: ¿Alguna evidencia más?

P: Sí, desde que estoy así he discutido otras veces. A veces cuando comienzo una conversación acabo finalmente por discutir. Además, antes disfrutaba intercambiando opiniones y conversando, pero ahora no tengo ganas de hablar ni de hacer nada.

T: Bien, ¿y qué evidencias tienes en contra de que seas una mala amiga?

P: Pues no sé, puede ser que en realidad no siempre discuto en todas las conversaciones que tengo.

T: ¿Son más las veces en que discutes o las que no? Por ejemplo, ¿en el último mes cuántas veces has discutido?

P: Solo esta vez.

T: ¿Hay alguna otra cosa que nos diga que no eres una mala amiga?

P: No. Bueno, la verdad es que sí hago otras cosas por mantener la amistad.

T: ¿Como cuáles?

P: Pues, por ejemplo, suelo preocuparme por mi amiga, si está bien, hablamos por teléfono casi todos los días..., aunque antes ponía más interés.

T: Muy bien, eso sería una prueba en contra. ¿Alguna más? ¿Haces alguna otra cosa que sea propia de ser una buena amiga?

P: Sí, aunque no como antes. Suelo estar en los buenos y malos momentos en los que mi amiga me necesita.

T: Dime qué haces exactamente.

P: Salimos juntas a pasear, compartimos momentos divertidos, a veces la acompaño si necesita apoyo, suelo cuidar de su perra cuando se va fuera el fin de semana, me preocupo de si está bien o no, etc., aunque ahora prefiero estar más aislada y no compartir tantos momentos.

T: O sea, te comportas como una verdadera amiga. Eso serían otras pruebas en contra de ser una mala amiga, ¿estás de acuerdo?

P: Bueno, sí.

T: ¿Qué más pruebas en contra tenemos? Por ejemplo, ¿alguien te reprocha que seas una mala amiga?

P: Pues no. Ni mis mejores amigas ni el resto de amigos del grupo dicen eso de mí, pero ellos ¡son tan buenas personas!

T: ¿Y otras personas que tú pienses que no son tan consideradas?

P: Bueno, mi madre no me ha dicho nada, y ella es muy exigente en todo lo que hace. Y tampoco mi hermana.

T: Tenemos otra prueba en contra. ¿Alguna más?

P: Pues no se me ocurre ninguna.

- T: Por ejemplo, esas situaciones, como tener discusiones, ¿te han ocurrido siempre?
- P: Pues no, es desde que estoy tan triste, desde hace unos cuatro o cinco meses.
- T: Entonces, ¿es más el tiempo en el que no te ocurrían esas situaciones de discusión?
- P: La verdad es que sí. Es mi amiga desde hace años y esto no solía ocurrirme tanto.
- T: Bien, veamos. Como pruebas a favor tenemos que a veces discutes y el enfado te dura tiempo después, que ya has discutido otras veces y que ya no disfrutas tanto como antes de compartir con tu amiga. Como pruebas en contra tenemos que son más las veces en que no discutes, que te preocupas por cómo está tu amiga, que hablas con ella a menudo por teléfono, que has estado y estás tanto en los buenos como en los malos momentos, que nadie te ha reprochado que seas una mala amiga (ni siquiera tu madre, que es muy exigente) y, por último, que esas discusiones te ocurren desde hace solo cinco meses, frente a todos los años que lleváis siendo amigas. ¿Estás de acuerdo?
- P: Sí.
- T: Teniendo en cuenta estas pruebas a favor y en contra, *¿qué probabilidad hay de que tú seas realmente una mala amiga?*, ¿es un 100?
- P: Bueno, visto así, la verdad es que sí hago cosas por ella, aunque no todo lo que debería. Sería un 50.
- T: De acuerdo, entonces si existe un 50 % de probabilidades de que no sea cierto ese pensamiento, *¿qué otra interpretación de la situación podemos hacer?* Es decir, tener discusiones con una amiga, además de significar que eres una mala amiga, ¿puede significar otra cosa?
- P: Supongo que sí. No sé, es posible que en realidad la razón de tener últimamente más discusiones con mi amiga no sea porque soy una mala amiga, puede ser que esté más irritable que antes por cómo me siento, por el problema que tengo.
- T: Muy bien, ¿crees que si en vez de pensar que eres una mala amiga hubieras pensado esto, te habrías sentido de otra manera?
- P: Sí, me hubiera sentido mal porque sé que tengo un problema, pero no me hubiera sentido tan hundida como pensando que soy mala amiga, porque ese es uno de los aspectos más importantes de mi vida.
- T: De acuerdo, *¿cuál es la firmeza de la creencia que tienes ahora en ese pensamiento negativo?*
- P: Sería de un 50 %.
- T: Y *¿en qué medida te crees esa interpretación alternativa?*
- P: Pues bastante, un 60-70 %.
- T: *¿En qué medida te sientes triste?*
- P: Pues bastante menos, 5.
- T: Muy bien, ahora centrémonos en *el pensamiento negativo* «soy una mala amiga». Ese pensamiento, *¿te ayuda a conseguir algo?*
- P: Pues no, porque lo único que consigo es tener menos ganas de relacionarme.

- T: *¿Cómo influye en tu estado de ánimo?*
- P: Pues hace que me sienta muy mal, muy hundida, porque ser una buena amiga es importante para mí, una parte importante de mí, y si pienso que soy mala amiga me siento muy triste.
- T: *¿Cómo influye en tu comportamiento?*
- P: Pues hace que durante el resto del día tenga menos ganas de salir y que me aíse.
- T: Teniendo en cuenta todo esto, *¿pensar eso te beneficia o te perjudica?*
- P: Me perjudica claramente, me gustaría poder pensar de otra forma.
- T: Ahora vamos a intentar *imaginar que, de verdad, eso que piensas se cumple*, que realmente eres una mala amiga, *¿qué consecuencias tendría?*
- P: Sería horrible, para mí es muy importante la amistad. Si de verdad fuera así, creo que no podría soportarlo y me sentiría muy mal conmigo.
- T: *¿Pero eso sería lo peor que te podría pasar en la vida?*
- P: Hombre, pues siempre hay algo peor. Lo peor sería perder a un ser querido, ya sea familia o amigos.
- T. *¿Cuánto de grave sería ser mala amiga en una escala de 0 a 10, donde 0 sería nada y 10 lo peor que te podría ocurrir?*
- P: Visto así, no sé, sería un 6.
- T: Además, aunque ser una mala amiga no resulta agradable, *¿acaso durará siempre?*
- P: Espero que no. Ahora lo veo de otra forma. Durará lo que tarde en mejorar de mi depresión, no sé, unos meses supongo.
- T: Incluso si fuera cierto que eres una mala amiga, *¿podrías poner soluciones?*
- P: Pues imagino que sí. Podría ser más flexible a la hora de intercambiar opiniones, pensar que discutir no es ser mala amiga en general, tener más tolerancia con los demás, disminuir mi irritabilidad, cosas así.
- T: Muy bien. Como vemos, parece que ese pensamiento te produce un gran malestar y no te resulta útil. Sin embargo, cuando lo analizamos, parece que no es tan cierto como crees en ciertas situaciones, y que, aunque fuera cierto, no es tan grave como parece y se pueden poner soluciones. *¿Qué te parece si a partir de ahora intentas discutir este pensamiento y otros parecidos para no sentirte tan mal?*
- P: Me parece bien.

Referencias

- Bas, Francisco y Verania Andrés. 1994. *Terapia cognitivo-conductual de la depresión*. Madrid: UNED.
- Burns, David. 1980. *Feeling good*. Nueva York: New american Library. (Traducción en castellano: *Sentirse bien*. Barcelona: Paidós, 1990).
- Ellis, Albert y Russell Grieger. 1981. *Manual de terapia racional-emotiva*. Bilbao: DDB.
- Vallejo, Miguel Á. y M.^a Isabel Comeche. 2012. *Depresión*. En *Manual de terapia de conducta, tomo 1*, dir. M. Á. Vallejo. Madrid: Dykinson.

4. Laboratorio 4: Tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales

Tipo de trabajo: EN PAREJAS

Duración: 2 horas

- *Primera hora:*
 - Establecimiento de la motivación para el cambio con el paciente con trastorno emocional.
- *Segunda hora:*
 - Ofrecer información sobre la regulación emocional, en qué consisten las experiencias emocionales y la función adaptativa de las mismas.

Objetivo de la actividad: mejorar el aprendizaje del tema 14. El Protocolo Unificado transdiagnóstico de Barlow para los trastornos emocionales.

Motivación para el cambio

El objetivo principal de este módulo es trabajar con el paciente la motivación para el cambio, enseñarle en qué consiste el proceso motivacional y cómo es su funcionamiento. Los conceptos claves que hay que trabajar en este componente son:

- Cuanto más motivada y comprometida esté la persona, más probable es que realice los diferentes procedimientos del programa con éxito.
- La motivación cambia a lo largo del tiempo. Tendrá momentos y días en los que la motivación será elevada y otros en los que completar los ejercicios y las actividades le resultará más difícil.
- Las personas experimentamos motivaciones contrapuestas, hay tanto beneficios como costes en ambas partes del conflicto.
- El primer paso para cambiar es identificar sus objetivos personales y las metas que considera importantes.

Cuanto más motivado y comprometido esté el paciente con la terapia, más probable es que realice las actividades y las tareas con éxito.

La ambivalencia como parte natural del proceso de cambio

Es importante hacerle ver al paciente que la motivación no es algo fijo e inmutable, sino que cambia a lo largo del tiempo. Tendrá momentos y días en los que la motivación será elevada y otros en los que completar los ejercicios y las

actividades le resultará más difícil. Es parte natural del proceso de cambio que tenga estos altibajos. A veces sentirá que el cambio es posible; en otros momentos se puede sentir como si no quisiera cambiar y que no vale la pena el tiempo y esfuerzo que está dedicando. Pero es importante hacerle ver que estas dudas y estos altibajos en su motivación son algo normal y que, de hecho, se contempla esta ambivalencia dentro del proceso, sobre todo al inicio, cuando cuesta más cambiar y poner en marcha nuevas estrategias. Por una parte, querrá cambiar y, por la otra, se mostrará resistente a dejar de funcionar como lo ha venido haciendo durante todo este tiempo. Esta ambivalencia se debe tanto a los beneficios como a los costes que valoramos de cambiar y de continuar como lo venimos haciendo. Para explicar esto a los pacientes se puede hacer uso de algún ejemplo de otro paciente:

Ejemplo: «Marta es una chica de 25 años. Desde hace unos meses no se encuentra muy bien porque se han producido algunos problemas en su vida, su pareja la dejó y tuvo problemas con los exámenes. Desde entonces se siente desanimada, no tiene ganas de nada y llora con frecuencia. Nota que le apetece cada vez menos salir de casa y se siente con menos fuerzas a la hora de realizar sus actividades del día a día. Beneficios que ve Marta de cambiar: estar en una fiesta rodeada de gente riendo y pasándolo bien. Costes que ve Marta de cambiar: “Estoy muy cansada, no quiero que me vean así, esto es demasiado difícil, mejor me quedo en casa”. Esta ambivalencia es la que va a ir fluctuando a lo largo del proceso de Marta».

Una vez explicado el ejemplo e introducida la parte teórica, realizamos el siguiente ejercicio como estrategia de reflexión y aumento de la motivación: los costes y beneficios de seguir funcionando igual y los costes y beneficios del cambio.

Tabla de balance decisional:

	PROS/BENEFICIOS	CONTRAS/COSTES
CAMBIO		
SEGUIR IGUAL		

Esta tabla ayudará al paciente a reflexionar sobre sus razones a favor y sus razones en contra, tanto de cambiar como de seguir funcionando igual. Se tiene que tranquilizar al paciente sobre el hecho de que es normal que le resulte difícil reconocer las razones en contra de continuar como está y, a veces, es posible que no quiera admitir estas razones, por su miedo a afrontar el cambio. Sin embargo, es fundamental que sea sincero consigo mismo e intente reconocer todos los beneficios y todos los costes, tanto de cambiar como de seguir con su patrón habitual de comportamiento. En los momentos de baja motivación resulta de gran ayuda repasar las razones que se consideran importantes para cambiar el comportamiento.

Identificando los objetivos y las metas del paciente

El primer paso en el proceso de cambio es que el paciente llegue a identificar sus objetivos personales y las metas que para él son importantes. Establecer objetivos es un primer paso que hace que sea más fácil conseguir el cambio. Sobre todo, los objetivos a corto plazo. Si se plantea solo metas a largo plazo (por ejemplo, «tener más amigos»), es muy posible que en el intento se frustre porque lo que quiere conseguir no ocurrirá en un corto período de tiempo (por ejemplo, cuando han pasado tres meses y aún no ha hecho ningún amigo). Sin embargo, si se plantea metas a corto plazo (por ejemplo, apuntarse a actividades concretas que le permitan conocer gente que comparta sus aficiones, como apuntarse a un club de senderismo), se centra en retos más fáciles que le motivarán a corto plazo y le llevarán a la meta final.

Podemos ayudar a nuestro paciente a identificar sus objetivos a través de las siguientes preguntas:

1. *¿Qué cosas le gustaría que cambiaran en su vida?*
2. *¿Qué pretende conseguir con su cambio de comportamiento?*
3. *¿Qué objetivos y qué metas le gustaría lograr en su vida, tanto a corto como a largo plazo?*

En este segundo punto, una vez explicado y reflexionado con nuestro paciente, realizamos el siguiente ejercicio para ayudarle a afianzar la motivación para el cambio. Diferenciamos con nuestro paciente aquellos objetivos que son más generales y a largo plazo, como por ejemplo «hacer nuevos amigos» o «encontrar una actividad que me guste», de aquellos que son más concretos y a corto plazo como, por ejemplo, «ir a tomar un café con mi amiga» o «terminar mis tareas del módulo». Una vez identificados, vamos a intentar que convierta estos objetivos generales en otros más específicos para que sean más manejables, ya que establecer objetivos concretos sobre el cambio de comportamiento ayuda a lograrlos con éxito. Una vez que hemos reflexionado sobre los objetivos del tratamiento, estableceremos los pasos necesarios para alcanzarlos.

Podemos ayudarnos con el siguiente esquema que realizaremos paciente y terapeuta conjuntamente:

Objetivo general:

Objetivos específicos:

-
-

Pasos para llegar al objetivo específico 1:

- Paso 1:
- Paso 2:
- Paso 3:
- Paso 4:

Pasos para llegar al objetivo específico 2:

- Paso 1:
- Paso 2:
- Paso 3:
- Paso 4:

Identificando tus objetivos y tus metas

Puede ser que en el momento de la sesión el paciente no vea claramente los pros y los contras de cambiar y seguir igual, y tampoco los objetivos a seguir, no obstante, podemos reflexionarlo conjuntamente paciente y terapeuta e ir revisándolo en sesiones posteriores.

En el anexo 10 se incluye el registro que el paciente puede utilizar para el establecimiento de los objetivos generales y específicos y los pasos a seguir para poder alcanzarlos.

Psicoeducación de emociones

El objetivo principal de este módulo es proporcionar al paciente información básica sobre el papel de la regulación emocional y las experiencias emocionales. Los conceptos claves que hay que trabajar en este componente son:

- La regulación emocional es considerada como un aspecto central en el mantenimiento de los trastornos emocionales. Las personas con trastornos emocionales utilizan estrategias de regulación emocional desadaptativas.

- Es posible aprender estrategias adaptativas de regulación emocional y ponerlas en práctica con el fin de poder tener experiencias emocionales más positivas.
- Las emociones juegan un papel fundamental en varios aspectos de nuestras vidas y tienen una serie de funciones adaptativas.
- Las experiencias emocionales tienen tres componentes fundamentales: cognitivo (lo que pienso), comportamental o conductas dirigidas/impulsadas por las emociones (CIDE) (lo que hago) y fisiológico (lo que siento).

La regulación emocional

La regulación emocional hace referencia a las estrategias que las personas utilizamos para ejercer influencia en la ocurrencia, experiencia, intensidad y expresión de las emociones. La regulación y la desregulación emocional parecen tener un papel esencial en el mantenimiento de los trastornos emocionales.

Las personas que tienen problemas emocionales intentan regular sus emociones porque les provocan malestar. Sin embargo, las estrategias que utilizan no son adecuadas y, aunque a corto plazo producen un alivio del malestar, a largo plazo lo aumentan. Estrategias como intentar suprimir, esconder o controlar excesivamente las emociones se traducen a largo plazo en un aumento del malestar y de las emociones que precisamente el individuo intenta controlar. Al aumentar el malestar, la persona intenta con más fuerza suprimir las emociones, por lo que al final se establece un patrón de funcionamiento desadaptativo que mantiene el problema.

Ejemplo: «Pensemos por ejemplo en el duelo. Cuando fallece un ser querido es necesario parar, para que nos podamos adaptar a un ambiente nuevo y extraño: la vida sin nuestro ser querido. Poco a poco, vamos retomando nuestro nivel previo de actividad, quizás cambiando algunas de nuestras actividades. Al principio es difícil y nos sentimos inseguros, pero solo enfrentándonos a la vida de nuevo podemos recuperarnos. Todo este proceso nos ayuda a superar la muerte de nuestro ser querido.

Sin embargo, si la inactividad persiste y se intensifica cada vez más, si la persona no va recuperando el nivel de actividad, nos encontramos ante una estrategia desadaptativa de regulación emocional (en este caso, de la tristeza). Esa inactividad disminuye la tristeza a corto plazo; pero, a medio y largo plazo, nos impide adaptarnos a la situación vital de haber perdido a nuestro ser querido (porque no hacemos “nada”, nos quedamos “bloqueados”, es como si “tiráramos la toalla”). Esta estrategia desadaptativa puede provocar un problema emocional, un episodio depresivo mayor».

¿Qué son las emociones?

Existen muchas emociones. Algunas son primarias, instintivas y universales, como el miedo, la alegría, la tristeza, la ira, la sorpresa y el asco. Se dan en todas las sociedades y se expresan de forma muy similar. Otras emociones son

aprendidas y constituyen una combinación de las primarias, como la culpa, la envidia, etc. Tendemos a clasificar las emociones en positivas (por ejemplo, alegría, orgullo, sorpresa, etc.) y negativas (por ejemplo, tristeza, miedo, ira, etc.). Tanto las emociones positivas como las negativas son útiles.

Cuando una persona sufre un problema emocional normalmente tiene una mala opinión de algunas emociones, piensa que las emociones son peligrosas y le hacen daño. Lo que quieren las personas con problemas emocionales es que esas emociones tan desagradables desaparezcan. Las emociones forman parte del funcionamiento normal de los seres humanos, tanto las positivas como las negativas; no es posible entender la vida sin la función importantísima que cumplen las emociones. El foco del tratamiento no va a ser deshacerse de las emociones, sino conocerlas, ser más consciente de los factores asociados a ellas y poder regularlas mejor.

La función adaptativa de las emociones

Las emociones no solo no son perjudiciales, sino que además juegan un papel fundamental en varios aspectos de nuestras vidas. Las emociones nos ayudan, son realmente sabias. Entre las funciones fundamentales de las emociones encontramos:

- **Alertarnos**, avisarnos de que algo importante ha ocurrido (tanto a nivel del medio externo como del medio interno).
- **Motivarnos para actuar**. Las emociones nos inducen a la acción, son energizantes. Las emociones nos preparan para actuar y sirven para ahorrar tiempo a la hora de comportarnos de forma adaptativa en una situación importante.
- **Comunicarnos con los demás**. Las expresiones faciales son una parte importante de las emociones. En las sociedades primitivas y entre los animales las expresiones faciales son un medio de comunicación tan importante como las palabras. Incluso en las sociedades modernas la comunicación mediante expresiones faciales es más rápida que mediante palabras.

Ejemplos sobre funciones adaptativas de las emociones:

- Miedo: ante un coche que nos va a atropellar. Nos avisa de un peligro y nos hace reaccionar para preservar nuestra integridad física.
- Alegría: la emoción que sentimos cuando conseguimos algo importante, por ejemplo que nos acepten en un trabajo. La alegría nos energiza, nos motiva y esa energía nos hace ser capaces de acudir al trabajo, estar alertas, ser eficaces. La alegría hace que estemos en un estado mental más abierto a la experiencia, aumenta la probabilidad de descubrir nuevas cosas.
- Ansiedad: la ansiedad anticipatoria ante una entrevista de trabajo nos sirve para prepararnos mejor y enfrentar esa situación de una forma más eficaz. La ansiedad nos dice que la entrevista es una situación importante en nuestra vida y que tenemos que prepararnos para ella. Eso nos hace revisar

nuestro currículum, ensayar las respuestas a las preguntas que nos puedan hacer, etc.

Como vemos, las emociones son esenciales para el funcionamiento de los seres humanos. Las emociones son útiles y sabias.

Los tres componentes de la emoción

Cuando una persona tiene problemas emocionales habitualmente siente las emociones como algo que le sobrepasa, por lo que es muy difícil entender qué es lo que nos quieren decir las emociones. Para tener una idea mejor de qué ocurre cuando se desencadena la emoción, es importante saber que tiene tres componentes principales.

1. *Componente fisiológico* (cómo siento mi cuerpo): se trata de la respuesta física asociada a los estados emocionales. Por ejemplo, el miedo está asociado a aceleración del corazón y tensión muscular. La ansiedad se asocia a sudor en las manos y nudo en el estómago. La tristeza puede asociarse a una sensación de pesadez en los brazos y piernas.

- ¿Qué sensaciones físicas se asocian a sentir pánico?

- ¿Y al enfado?

- ¿Qué sensaciones sentimos cuando estamos alegres?

2. *Componente cognitivo* (lo que pienso): existen pensamientos asociados a las diferentes emociones. Por ejemplo, alguien que siente tristeza puede tener pensamientos negativos sobre sí mismo como «soy un desastre».

- ¿Qué pensamientos tendrá alguien que está ansioso?

- ¿Y alguien que está alegre?

- ¿Qué pensamientos tendrá alguien que tiene miedo?

3. *Componente comportamental* (lo que hago): cuando se sienten emociones, esas emociones disparan el impulso de hacer algo. Parece que nuestro cuerpo «sabe» casi de forma automática cuál es la mejor acción a partir de una emoción determinada.

- ¿Qué haría alguien que se sintiera muy asustado?

- ¿Y si alguien sintiera un enfado intenso, qué haría?

- ¿Qué haría una persona que sintiera vergüenza?

En el anexo 10 se presenta el registro de los tres componentes.

Referencias

- Barlow, David H., Todd J. Farchione, Christopher P. Fairholme, Kristen K. Ellard, Christina L. Boisseau, Laura B. Allen y Jill Ehrenreich-May. 2015. *Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales. Manual del terapeuta y manual del paciente*. Madrid: Alianza Editorial.
- Barlow, David H., Todd J. Farchione, Shannon Sauer-Zavala, Heather Murray Latin, Kristen K. Ellard, Jacquelin R. Bullis, Kate H. Bentley, Hannah T. Boettcher & Clair Cassiello-Robbins. 2018a. *Protocolo unificado para el tratamiento de los trastornos emocionales (2 ed.) Manual del paciente* (Jorge Osma y Elena Crespo, trad., 2019). Madrid: Alianza Editorial.
- Barlow, David H., Todd J. Farchione, Shannon Sauer-Zavala, Heather Murray Latin, Kristen K. Ellard, Jacquelin R. Bullis, Kate H. Bentley, Hannah T. Boettcher & Clair Cassiello-Robbins. 2018b. *Protocolo unificado para el tratamiento de los trastornos emocionales (2 ed.) Manual del terapeuta* (Jorge Osma y Elena Crespo, trad., 2019). Madrid: Alianza Editorial.

Anexos

Anexos

Anexo 1. Entrevistas y cuestionarios de pánico y agorafobia

ENTREVISTA ESTRUCTURADA DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD SEGÚN EL DSM-IV (ADIS-IV-L)

(Di Nardo, Brown y Barlow 1994; adaptación de Botella y Ballester 1997)

Cliente: _____ Código: _____

Terapeuta: _____ Fecha: _____

TRASTORNO DE PÁNICO

INFORMACIÓN INICIAL

1a. En la actualidad, ¿hay momentos en los que siente, repentinamente, un aumento brusco de miedo o malestar intensos?

SÍ ____ NO ____

Si la respuesta es SÍ, hay que pasar a 2a.

1b. Si la respuesta es NO: en el pasado, ¿ha sentido alguna vez un aumento brusco y repentino de miedo o malestar intensos?

Si la respuesta es SÍ: ¿cuándo fue la última vez que le ocurrió?

Si ha respondido SÍ a 1a. o 1b., o la existencia de ataques de pánico es dudosa, cabe continuar con las preguntas.

En caso contrario, pasar a AGORAFOBIA.

2a. Además de este periodo de tiempo (actual) en el que ha tenido estos aumentos bruscos de miedo o malestar intensos, ¿ha habido otras épocas en las que también haya experimentado estos aumentos bruscos de miedo o malestar?

SÍ ____ NO ____

Si la respuesta es NO, hay que pasar a 3a.

2b. Antes de este periodo de tiempo (actual) en el que ha estado experimentando estos ataques repentinos de miedo o malestar intensos, ¿ha habido alguna época en la que no haya sufrido estos ataques?

SÍ ____ NO ____

Si la respuesta es NO, hay que pasar a 3a.

2c. ¿Cuánto tiempo de separación ha habido entre estos periodos? ¿Cuándo ocurrieron estos periodos?

3a. ¿En qué tipo de situación (o situaciones) experimenta (o ha experimentado) estas sensaciones? ¿Dónde es más probable que experimente estas sensaciones?

En la actualidad:

En el pasado:

3b. ¿Estas sensaciones aparecen (o han aparecido) como «llovidas del cielo», sin razón aparente o en situaciones en las que no esperaba que ocurrieran?

En la actualidad: SÍ ____ NO ____

En el pasado: SÍ ____ NO ____

Si el paciente indica la presencia de síntomas de pánico inesperados, es necesario recabar más información para determinar si esos síntomas se dan en varios contextos situacionales o si los síntomas están circunscritos a un tipo de situación determinada (como ocurre en la fobia social o en la fobia específica).

4. ¿Cuánto tiempo tarda la ansiedad en alcanzar su máxima intensidad?

En la actualidad: SÍ ____ NO ____

En el pasado: SÍ ____ NO ____

5. ¿Cuánto tiempo permanece la ansiedad en su punto de máxima intensidad?

En la actualidad: SÍ _____ NO _____

En el pasado: SÍ _____ NO _____

Si no hay evidencia de ataques de pánico inesperados (no señalados), hay que pasar a AGORAFOBIA.

VALORACIÓN DE LOS SÍNTOMAS

En esta sección, evalúe solo los síntomas de los ataques de pánico que ocurran de forma INESPERADA, en diversas situaciones. Los síntomas de pánico que están circunscritos a un estímulo único (por ejemplo, lugares cerrados o alturas, situaciones sociales, contenido obsesivo, etc.) no deben evaluarse aquí.

En casos mixtos o dudosos, se pueden evaluar los síntomas en esta sección.

Hay que evaluar la gravedad de cada síntoma típico del periodo de ataques más reciente y, cuando sea apropiado, evaluar qué caracterizaba a un ataque típico de épocas anteriores. Si un síntoma solo se experimenta en algunos ataques, es decir, si no es típico, debe ponerse la valoración entre paréntesis.

El DSM-IV define un ataque de pánico como un periodo discreto de miedo o malestar intensos en el que al menos cuatro de los síntomas que se enumeran debajo aparecen de forma súbita y alcanzan su máxima intensidad en 10 minutos. Si los ataques típicos no incluyen cuatro síntomas, hay que determinar si alguno de los ataques ha incluido cuatro síntomas.

Utilice las siguientes preguntas para valorar los síntomas:

EPISODIO ACTUAL

En la actualidad, ¿habitualmente experimenta _____ durante los ataques?
¿Qué gravedad tiene este síntoma para usted? Si existe alguna duda sobre si el síntoma es típico, debemos preguntar: ¿experimenta este síntoma en casi todos sus ataques?

	ACTUALIDAD		PASADO	
	AC1*	ASL2*	AC	ASL
a. Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca.				
b. Sudoración.				
c. Temblores o sacudidas.				
d. Falta de aliento o sensación de ahogo.				
e. Sensación de atragantamiento.				
f. Opresión o malestar en el pecho.				
g. Náuseas o molestias abdominales.				
h. Escalofríos o sofocos.				
i. Mareo, inestabilidad o sensación de desmayo.				
j. Sensación de irrealidad (desrealización) o de sentirse separado de uno mismo (despersonalización).				
k. Sensación de entumecimiento u hormigueos (parestesias).				
l. Miedo a morir.				
m. Miedo a volverse loco.				
n. Miedo a perder el control.				

EPISODIO PASADO

Durante el episodio de ataques de hace _____ años, ¿habitualmente experimentaba _____ durante los ataques?

¿Qué gravedad tenía el síntoma para usted? Si existe alguna duda sobre si el síntoma era típico, hay que preguntar: ¿experimentaba este síntoma en casi todos sus ataques?

1. * AC = ataque completo.

2. * ASL = ataque de síntomas limitados.

1. Valore la gravedad de los síntomas típicos utilizando la siguiente escala:

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Nada		Leve			Severo			

OBSERVACIONES

2a. Si el paciente informa de cuatro o más síntomas en sus ataques típicos, preguntar:

¿Tiene (o ha tenido) ataques en los que experimenta (o ha experimentado) un aumento repentino e inesperado de miedo/malestar acompañado por solo uno o dos de estos síntomas?

En la actualidad: SÍ ____ NO ____

En el pasado: SÍ ____ NO ____

Si la respuesta es SÍ, volver atrás y valorar la gravedad de los síntomas en la columna de ataques de síntomas limitados (ASL). (Si la respuesta es NO, pasar a III. Episodio actual).

2b. Si el paciente informa de menos de cuatro síntomas en sus ataques típicos, hay que preguntar: ¿tiene (o ha tenido) ataques en los que experimenta (o ha experimentado) un ataque repentino e inesperado de miedo/malestar acompañada de cuatro o más de estos síntomas?

En la actualidad: SÍ ____ NO ____

En el pasado: SÍ ____ NO ____

Si la respuesta es SÍ, volver atrás, cambiar las valoraciones de los ataques de la columna de ataques completos (AC) a la columna de ataques de síntomas limitados (ASL) y valorar la gravedad de los ataques completos (AC).

Si la respuesta es NO, volver atrás y cambiar las valoraciones de los ataques completos (AC) a la columna de ataques de síntomas limitados (ASL).

EPISODIO ACTUAL

Si existe evidencia de un episodio pasado, introduzca esta sección con: Ahora quiero hacerle una serie de preguntas acerca del actual periodo de ataques de pánico, que comenzó en: _____ (especificar mes y año).

1a. ¿Cuántos ataques de pánico ha tenido en el último mes?

_____ Completos _____ De síntomas limitados

b. ¿Cuántos ataques de pánico ha tenido en los últimos seis meses?

_____ Completos _____ De síntomas limitados

2a. Durante el último mes, ¿en qué medida ha estado preocupado (o ha experimentado miedo o ansiedad) por la posibilidad de sufrir otro ataque de pánico?

-0-	-1-	-2-	-3-	-4-	-5-	-6-	-7-	-8-
Nada pre-ocupado/ Ningún miedo		Raramente pre-ocupado/ Poco miedo		Pre-ocupación ocasional/ Miedo moderado		Frecuentemente preocupado/ Miedo severo		Constantemente preocupado/ Miedo extremo

Si no hay evidencia de preocupación persistente acerca de la posibilidad de tener un ataque de pánico durante el último mes preguntar desde su primer ataque, ¿ha habido algún periodo de un mes o más en el que haya estado preocupado por la posibilidad de tener más ataques?

SÍ _____ NO _____

Si la respuesta es SÍ, ¿cuándo fue?

DESDE _____ HASTA _____

b. Concretamente, ¿qué anticipa que va a pasar como resultado de los ataques? (preguntar sobre consecuencias inmediatas y a largo plazo).

c. ¿Los ataques han provocado que usted cambie su comportamiento o estilo de vida de alguna forma?

Si la respuesta es SÍ, ¿de qué forma?

Evitación situacional (por ejemplo, agorafobia):

Sensibilidad/evitación interoceptiva (por ejemplo, ejercicio físico, sexo, cafeína, expresar emociones fuertes, lugares calurosos, películas de miedo, actividades que hagan aumentar la conciencia de sensaciones físicas, etc.):

Señales de seguridad (por ejemplo, medicación, personas, acceso a teléfonos/coche, etc.):

Distracción (poner la música alta, dejar la TV encendida, implicarse en actividades, etc.):

Cambios en el estilo de vida (por ejemplo, reducción de actividades «estresantes», etc.):

3. ¿De qué forma los ataques de pánico han interferido en su vida (por ejemplo, rutina diaria, trabajo, actividades sociales)? ¿En qué medida le produce malestar tener estos ataques?

Valore interferencia: _____ Malestar: _____

-0-	-1-	-2-	-3-	-4-	-5-	-6-	-7-	-8-
Nada		Leve		Moderado		Severo		Muy severo

4a. ¿Puede recordar el primer ataque de pánico que inició el actual período de ataques?

SÍ ____ NO ____

Si la respuesta es SÍ, ¿cuándo ocurrió? _____ Mes _____ Año

b. ¿Estaba pasando por una época de estrés en su vida en esos momentos?

SÍ ____ NO ____

¿Qué estaba pasando en su vida en esa época?

¿Estaba pasando por dificultades o cambios en...

- ... familia/relaciones interpersonales?
- ... trabajo/estudios?
- ... situación económica?
- ... asuntos legales?
- ... salud (propia o de otros)?

c. El día de ese primer ataque, ¿estaba tomando algún tipo de droga? (incluir alcohol/cafeína.)

SÍ ____ NO ____

Si la respuesta es SÍ, especificar (tipo/cantidad): _____

5. Durante este período actual en el que ha estado teniendo ataques, ¿ha estado tomando, de forma regular, algún tipo de droga?

SÍ ____ NO ____

Especificar (tipo/cantidad/fechas): _____

6. Durante este tiempo en el que ha estado teniendo los ataques, ¿ha sufrido alguna enfermedad o condición física especial (como problemas del oído interno, prolapso de la válvula mitral, embarazo, hipertiroidismo, hipoglucemia)?

SÍ ____ NO ____

Especificar (tipo; fecha de comienzo/remisión): _____

7. Para este periodo actual en el que ha estado experimentando ataques, ¿cuándo se convirtieron estos en un problema por hacerse frecuentes y/o porque usted empezó a preocuparse mucho por la posibilidad de tener más ataques, o porque los ataques provocaron un cambio en su comportamiento de alguna manera?

(Nota: Si el paciente se muestra vago sobre la fecha de inicio, intente recabar información más específica, por ejemplo, uniendo el inicio del problema a acontecimientos vitales objetivos.)

Fecha de inicio: _____ Mes: _____ Año: _____

8. Además de este periodo actual de ataques de pánico, ¿ha habido otros periodos distintos antes del actual en los que ha tenido estos ataques?

SÍ ____ NO ____

Si la respuesta es SÍ, volver atrás y preguntar 2b y 2c de la INFORMACION INICIAL.

Si la respuesta es NO, pasar a INVESTIGACIÓN (opcional) o AGORAFOBIA.

IV. EPISODIOS PASADOS

Ahora quiero hacerle una serie de preguntas acerca del pasado período de pánico, que comenzó en: _____ y acabó en: _____ (especificar meses/años).

Es preciso enumerar las fechas (inicio/remisión) correspondientes al periodo/s sobre el/los que se pregunta:

Período pasado número 1: DESDE: _____ HASTA: _____

Período pasado número 2: DESDE: _____ HASTA: _____

1. Durante el período de hace ____ años, ¿cuántos ataques de pánico al mes tenía normalmente?

Episodio pasado número 1: _____ Completos _____ De síntomas limitados

Episodio pasado número 2: _____ Completos _____ De síntomas limitados

2a. Durante el período de hace ____ años, ¿en qué medida estaba preocupado (o experimentaba miedo o ansiedad) por la posibilidad de sufrir otro ataque de pánico?

-0-	-1-	-2-	-3-	-4-	-5-	-6-	-7-	-8-
Nada preocupado/ Ningún miedo		Raramente preocupado/ Poco miedo		Preocupación ocasional/ Miedo moderado		Frecuentemente preocupado/ Severa aprensión		Constantemente preocupado/ Miedo extremo

Si no hay evidencia de preocupación persistente acerca de la posibilidad de tener un ataque de pánico durante ese periodo, hay que preguntar: ¿hubo algún periodo de un mes o más en el que estuvo preocupado por la posibilidad de tener más ataques?

N.º 1: SÍ _____ NO _____

N.º 2: SÍ _____ NO _____

Si la respuesta es SÍ, ¿cuándo fue?

N.º 1: DESDE _____ HASTA _____

N.º 2: DESDE _____ HASTA _____

b. Concretamente, ¿qué anticipaba que iba a pasar como resultado de los ataques? (preguntar sobre consecuencias inmediatas y a largo plazo)

N.º 1: _____

N.º 1: _____

c. ¿Los ataques provocaron que usted cambiara su comportamiento o su estilo de vida de alguna forma?

Si la respuesta es SÍ, ¿de qué forma?

N.º 1: _____

N.º 2: _____

Evitación situacional (por ejemplo, agorafobia):

Sensibilidad/evitación interoceptiva (por ejemplo, ejercicio físico, sexo, cafeína, expresar emociones fuertes, lugares calurosos, películas de miedo, actividades que hagan aumentar la conciencia de sensaciones físicas):

Señales de seguridad (por ejemplo, medicación, personas, acceso a teléfonos/coche):

Distracción (poner la música alta, dejar la TV encendida, implicarse en actividades):

Cambios en el estilo de vida (por ejemplo, reducción de actividades «estresantes»):

3. ¿De qué forma los ataques de pánico interferían en su vida (por ejemplo, rutina diaria, trabajo, actividades sociales)? ¿En qué medida le produjo malestar tener los ataques?

N.º 1: _____

N.º 2: _____

N.º 1: Valore interferencia: _____ Malestar: _____

N.º 2: Valore interferencia: _____ Malestar: _____

-0-	-1-	-2-	-3-	-4-	-5-	-6-	-7-	-8-
Nada		Leve		Moderado		Severo		Muy severo

4a. ¿Puede recordar el primer ataque de pánico que inició el período de ataques de _____ (año)?

N.º 1. SÍ _____ NO _____

N.º 2. SÍ _____ NO _____

Si la respuesta es SÍ, ¿cuándo ocurrió?

N.º 1: _____ Mes _____ Año _____

N.º 2: _____ Mes _____ Año _____

b. ¿Estaba pasando por una época de estrés en su vida en esos momentos?

N.º 1. SÍ _____ NO _____

N.º 2. SÍ _____ NO _____

¿Qué estaba pasando en su vida en esa época?

N.º 1: _____

N.º 2: _____

¿Estaba pasando por dificultades o cambios en...

... familia/relaciones interpersonales?

N.º 1: _____

N.º 2: _____

... trabajo/estudios?

N.º 1: _____

N.º 2: _____

... situación económica?

N.º 1: _____

N.º 2: _____

... asuntos legales?

N.º 1: _____

N.º 2: _____

... salud (propia o de otros) ?

N.º 1: _____

N.º 2: _____

c. El día de ese primer ataque, ¿estaba tomando algún tipo de droga? (incluir alcohol/cafeína).

N.º 1. SÍ _____ NO _____

N.º 2. SÍ _____ NO _____

Si la respuesta es SÍ, especificar (tipo/cantidad): _____

5. Durante el pasado período en el que tuvo ataques, ¿tomaba, de forma regular, algún tipo de droga?

N.º 1. SÍ _____ NO _____

N.º 2. SÍ _____ NO _____

Especificar (tipo/cantidad/fechas): _____

6. Durante ese tiempo en el que tuvo los ataques, ¿sufrió alguna enfermedad física como problemas del oído interno, prolapso de la válvula mitral, embarazo, hipertiroidismo, hipoglucemia?

N.º 1. SÍ _____ NO _____

N.º 2. SÍ _____ NO _____

Especificar (tipo; fecha de comienzo/remisión): _____

7. Durante el pasado periodo en el que experimentó ataques, ¿cuándo se convirtieron estos en un problema por hacerse frecuentes y/o porque usted empezó a preocuparse mucho por la posibilidad de tener más ataques, o porque le provocaron un cambio en su comportamiento de alguna manera?

(Nota: si el paciente se muestra vago sobre la fecha de inicio, intente recabar información más específica, por ejemplo, uniendo el inicio del problema a acontecimientos vitales objetivos.)

Fecha de inicio: N.º 1: _____ Mes: _____ Año: _____

N.º 2: _____ Mes: _____ Año: _____

8a. ¿Por qué dejaron de ser un problema estos ataques, porque dejaron de ocurrir o porque usted ya no se preocupara por la posibilidad de tenerlos?

Fecha de remisión: N.º 1: _____ Mes: _____ Año: _____

N.º 2: _____ Mes: _____ Año: _____

b. ¿Puede recordar alguna razón por la que los ataques cesaran o por la que usted ya no se preocupara por ellos?

N.º 1: _____

N.º 2: _____

9. Antes de ese periodo pasado de ataques de pánico, ¿hubo otros períodos distintos antes de ese?

SÍ _____ NO _____

Si la respuesta es SÍ, averiguar si ha existido un episodio de ataques de pánico inesperados (utilizando los ítems de la INFORMACION INICIAL); si es así, volver a administrar los ítems del EPISODIO PASADO para el episodio número 2.

Si la respuesta es NO, pasar a INVESTIGACIÓN (opcional) o AGORAFOBIA.

INVESTIGACIÓN

Las preguntas deben referirse al episodio actual.

¿Qué cosas hacen que se desencadenen los ataques de pánico? (preguntar sobre desencadenantes internos: pensamientos, sensaciones, imágenes, y externos: situaciones temidas, situaciones que elicitán un aumento en la atención autofocalizada, consecuencias físicas de actividades como el ejercicio físico, tomar cafeína, etc.).

Cuando tiene un ataque de pánico, ¿cómo lo afronta?

¿Alguna vez experimentó sentimientos similares, quizás más leves, cuando era niño?

Si la respuesta es SÍ, especificar fechas y cómo fueron esas experiencias (situaciones, frecuencia, síntomas):

¿Algunas veces se despierta con un ataque de pánico?

SÍ _____ NO _____

Si la respuesta es SÍ, cabe preguntar:

- a. ¿En qué momento del sueño ocurre esto?
- b. ¿Normalmente, el pánico ocurre nada más quedarse dormido, después de llevar tiempo dormido (por ejemplo, en mitad de la noche) o de madrugada, cerca de la hora de despertarse?
- c. ¿Le despierta a usted el ataque de pánico o le ocurre momentos después de que se haya despertado?

Si parece que el paciente sufre ataques de pánico nocturnos, hay que preguntar:

- d. ¿Cuándo ocurrió? DESDE _____ HASTA _____
- e. ¿Con qué frecuencia ocurre/ocurrió? _____ por semana/mes.

Cliente: _____ Código: _____

Terapeuta: _____ Fecha: _____

ADIS-IV: AGORAFOBIA

INFORMACIÓN INICIAL

1a. ¿Normalmente siente pánico en algunas situaciones o las evita porque es probable que sienta pánico en ellas?

SÍ ____ NO ____

Si la respuesta es SÍ, hay que saltar a 2a.

b. Si la respuesta es NO, ¿alguna vez ha sentido pánico en algunas situaciones o las ha evitado por sentir pánico?

SÍ ____ NO ____

Si la respuesta es NO, hay que continuar en 1c.

¿Cuándo fue la última vez que le ocurrió esto?

Pasar a 2a.

c. ¿Siente usted ansiedad al enfrentarse a situaciones debido al miedo a tener síntomas como diarrea, vómito, mareo, etc.?

SÍ ____ NO ____

Si la respuesta es NO, hay que continuar en 1d.

¿Qué síntomas teme que vayan a aparecer en estas situaciones?

Hay que pasar a 2a.

d. ¿Alguna vez ha sentido usted ansiedad al enfrentarse a situaciones debido al miedo a tener síntomas como diarrea, vómito, mareo, etc.?

SÍ ____ NO ____

Si la respuesta es SÍ, ¿qué síntomas temía que aparecieran en estas situaciones?

¿Cuándo fue la última vez que esto ocurrió?

Si ha respondido NO a lo anterior y no hay historia de trastorno de pánico, hay que pasar a fobia social.

2a. Además de este episodio actual o más reciente en el que ha sentido ansiedad o ha evitado situaciones, ¿ha habido otros periodos de tiempo en el que ha sentido ansiedad o ha evitado situaciones debido a esas sensaciones?

SÍ ____ NO ____

Si la respuesta es NO, hay que pasar a VALORACIÓN DE SITUACIONES.

b. Antes de este episodio actual o más reciente en el que ha sentido ansiedad o ha evitado situaciones, ¿ha habido un periodo de tiempo considerable en el que se ha sentido cómodo en esas situaciones?

SÍ ____ NO ____

Si la respuesta es NO, hay que pasar a VALORACIÓN DE SITUACIONES.

c. ¿Cuánto tiempo pasó entre esos episodios?, ¿cuándo ocurrieron este/estos episodio/s?

VALORACIÓN DE SITUACIONES

Nota: Si hay evidencia de trastorno de pánico actualmente o en el pasado, hay que obtener valoraciones de las actuales o pasadas situaciones agorafóbicas. Si el paciente solo informa de un episodio de trastorno de pánico anterior, hay que obtener valoraciones actuales o pasadas de las situaciones agorafóbicas (empezando por las valoraciones de agorafobia en el pasado). Las valoraciones solo deben hacerse de la anticipación de pánico u otros síntomas (por ejemplo, diarrea). La ansiedad/evitación debida a otros problemas (por ejemplo, fobia específica o fobia social) debería valorarse como «0».

Utilizar la siguiente encuesta para valorar las situaciones:

¿Cuánta ansiedad siente/sentía al enfrentarse a esta situación? ¿Con qué frecuencia evita/evitaba esta situación? ¿El estar acompañado por alguien hacía más cómodo el enfrentarse a la situación?

-0-	-1-	-2-	-3-	-4-	-5-	-6-	-7-	-8-
No evitación o escape/ Ningún miedo	Raramente evitación o escape/ Poco miedo	Evitación o escape ocasional/ Miedo moderado	Evitación o escape frecuente/ Miedo severo	Evitación o escape constante/ Miedo extremo				
					ACTUALIDAD		PASADO	
					M3*		EV4*	
					M		EV	
a. Conducir distancias cortas								
b. Ir como pasajero en un coche								
c. Supermercados								
d. Centros comerciales								
e. Multitudes								
f. Transporte público (autobús, tren)								
g. Viajar en avión								
h. Visitas al médico/dentista								
i. Peluquero								
j. Hacer cola								
k. Pasear								
l. Puentes								
m. Estar solo en casa								
n. Estar fuera de la ciudad								
o. Cines, teatros								
p. Restaurantes								

r. Sitios cerrados:

Ascensores

Habitaciones pequeñas/túneles

s. Espacios abiertos (por ejemplo, parques, aparcamientos)

t. Trabajo

u. Otras:

OBSERVACIONES

Si no hay evidencia de miedo o evitación en ninguna de esas situaciones, hay que pasar a fobia social.

EPISODIO ACTUAL

Si hay evidencia de que ha habido algún episodio anterior, hay que introducir estas preguntas con:

Ahora quisiera preguntarle una serie de cuestiones sobre este episodio actual de ansiedad/evitación de situaciones que comenzó en: _____ (especificar mes/año).

¿Lleva objetos consigo o realiza alguna conducta antes de salir para sentirse más cómodo? (pregúntese sobre señales de seguridad, como medicinas, teléfono móvil, acceso a su coche, instrucciones de afrontamiento impresos/en libros, bebidas, objetos relacionados con ponerse enfermo en público –por ejemplo, pañuelos de papel–).

¿De qué forma la ansiedad/evitación de estas situaciones interfiere en su vida?
(por ejemplo, vida cotidiana, trabajo, vida social.)

Valore interferencia: _____ Malestar: _____

-0-	-1-	-2-	-3-	-4-	-5-	-6-	-7-	-8-
Nada		Leve		Moderada		Severa		Muy severa

Para este episodio actual, ¿cuándo empezó el miedo a estas situaciones?
(Nota: Si el paciente es ambiguo sobre la fecha de inicio, intentar averiguar información más específica, por ejemplo, uniendo el inicio del problema a acontecimientos vitales concretos o al primer ataque de pánico.)

Fecha de inicio: _____ Mes _____ Año _____

Además de este episodio actual, ¿ha habido otros periodos de tiempo, diferentes y anteriores al actual, en los que ha sentido aprensión/ansiedad o ha evitado situaciones debido a esas sensaciones?

SÍ _____ NO _____

Si la respuesta es SÍ, hay que volver atrás y preguntar 2b y 2c de la INFORMACIÓN INICIAL.

Si la respuesta es NO, hay que pasar a FOBIA SOCIAL.

EPISODIOS PASADOS

Ahora quisiera preguntarle una serie de cuestiones sobre el episodio pasado de aprensión/evitación de situaciones que comenzó en: _____, y acabó en: _____ (especificar mes/año).

Enumere las fechas (inicio/remisión) que correspondan al episodio/s sobre el/los que se pregunta:

Episodio pasado n.º 1: DESDE _____ HASTA _____

Episodio pasado n.º 2: DESDE _____ HASTA _____

¿Llevaba objetos consigo o realizaba alguna conducta antes de salir para sentirse más cómodo?

N.º 1: _____

N.º 2: _____

¿De qué forma la aprensión/evitación de estas situaciones interfería en su vida? (por ejemplo, vida cotidiana, trabajo, vida social).

Valore interferencia/malestar: N.º 1: _____

N.º 2: _____

-0-	-1-	-2-	-3-	-4-	-5-	-6-	-7-	-8-
Nada		Leve		Moderada		Severa		Muy severa

Para este episodio pasado, ¿cuándo empezó el miedo a estas situaciones? (Nota: Si el paciente es ambiguo sobre la fecha de inicio, hay que intentar averiguar información más específica, por ejemplo, uniendo el inicio del problema a acontecimientos vitales concretos o al primer ataque de pánico).

Fecha de inicio: N.º 1: _____ Mes _____ Año _____

N.º 2: _____ Mes _____ Año _____

¿Cuándo la ansiedad/evitación de estas situaciones dejó de ser un problema? ¿Cuándo empezó a sentirse cómodo afrontando esas situaciones?

Fecha de remisión: N.º 1: _____ Mes _____ Año _____

N.º 2: _____ Mes _____ Año _____

¿Puede recordar alguna razón por la que empezó a sentirse cómodo en esas situaciones otra vez?

N.º 1: _____

N.º 2: _____

Antes de este episodio pasado, ¿ha habido otros periodos de tiempo anteriores a ese pasado en el que ha sentido ansiedad o ha evitado situaciones debido a esas sensaciones?

SÍ _____ NO _____

Si la respuesta es SÍ, hay que averiguar si ha habido algún episodio de evitación agorafóbica (utilizando los ítems de la INFORMACIÓN INICIAL); si es así, se debe volver a administrar los ítems para el episodio pasado número 2.

Si la respuesta es NO, hay que pasar a fobia social.

ÍNDICE DE SENSIBILIDAD A LA ANSIEDAD (ASI-3)

(Peterson y Reiss 1992; Validación de Sandín, Valiente, Chorot y Santed 2007)

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Instrucciones: Conteste al siguiente cuestionario marcando la alternativa que mejor refleje el grado en que está de acuerdo con cada uno de los enunciados que se indican a continuación, teniendo en cuenta la siguiente gradación:

0-Nada en absoluto 1-Un poco 2-Bastante 3-Mucho 4-Muchísimo

Procure contestar a todas las frases de acuerdo con su propia experiencia. No obstante, si alguna de las frases se refiere a algo que usted no ha vivido o experimentado nunca, conteste en función de lo que usted piense que podría sentir si hubiera tenido tal experiencia. Por favor, conteste a todas las frases.

	Nada	Un poco	Bastante	Mucho	Muchísimo
1. Para mí es importante no dar la impresión de estar nervioso/a.	0	1	2	3	4
2. Cuando no puedo mantener mi mente concentrada en una tarea siento la preocupación de poder estar volviéndome loco/a.	0	1	2	3	4

	Nada	Un poco	Bastante	Mucho	Muchísimo
3. Me asusto cuando mi corazón late de forma rápida.	0	1	2	3	4
4. Cuando siento malestar en el estómago, me preocupa estar gravemente enfermo/a.	0	1	2	3	4
5. Me asusto cuando soy incapaz de mantener mi mente concentrada en una tarea.	0	1	2	3	4
6. Cuando tiemblo en presencia de otras personas, me da miedo lo que puedan pensar de mí.	0	1	2	3	4
7. Cuando siento opresión en el pecho, me asusta no poder respirar bien.	0	1	2	3	4
8. Cuando siento dolor en el pecho, me preocupa que vaya a darme un ataque cardíaco.	0	1	2	3	4
9. Me preocupa que otras personas noten mi ansiedad.	0	1	2	3	4
10. Cuando tengo la sensación de que las cosas no son reales, me preocupa que pueda estar mentalmente enfermo/a.	0	1	2	3	4
11. Tengo miedo a sonrojarme delante de la gente.	0	1	2	3	4

	Nada	Un poco	Bastante	Mucho	Muchísimo
12. Cuando noto que mi corazón da un salto o late de forma irregular, me preocupa que algo grave me esté ocurriendo.	0	1	2	3	4
13. Cuando comienzo a sudar en una situación social, me da miedo que la gente piense negativamente de mí.	0	1	2	3	4
14. Cuando mis pensamientos parecen acelerarse, me preocupa que pueda volverme loco/a.	0	1	2	3	4
15. Cuando siento opresión en la garganta, me preocupa que pueda atragantarme y morir.	0	1	2	3	4
16. Cuando me resulta difícil pensar con claridad, me preocupa que me esté ocurriendo algo grave.	0	1	2	3	4
17. Pienso que me resultaría horrible desmayarme en público.	0	1	2	3	4
18. Cuando mi mente se queda en blanco, me preocupa que me esté ocurriendo algo terriblemente malo.	0	1	2	3	4

ESCALA DE GRAVEDAD DEL TRASTORNO DE PÁNICO (PDSS)

(Shear et al. 1992; traducción de Labpsitec 2003).

Cliente: _____ Código: _____

Terapeuta: _____ Fecha: _____

A continuación, le presentamos una serie de preguntas relacionadas con sus ataques de pánico. Marque con una cruz la respuesta que mejor explique cómo interfieren estos ataques en su vida.

1. ¿Cuántos ataques de pánico y crisis de síntomas limitados ha tenido durante la semana?
 0. Ni ataques de pánico ni crisis de síntomas limitados.
 1. Ligeramente: Ningún ataque de pánico y no más de una crisis de síntomas limitada al día.
 2. Moderado: Uno o dos ataques de pánico y/o múltiples crisis de síntomas limitados al día.
 3. Severo: Más de dos ataques de pánico, pero no más de uno al día en promedio.
 4. Extremo: Los ataques de pánico ocurrieron más de una vez al día la mayoría de días.

2. Si ha tenido algún ataque de pánico durante la semana pasada, ¿cuán desagradables (molestos, espantosos) fueron mientras estaban sucediendo? (si ha tenido más de uno saque un promedio entre ellos; si no ha tenido ningún ataque de pánico pero sí crisis de síntomas limitados, responda teniendo en cuenta estas crisis).
 0. En absoluto desagradables, o sin ataques de pánico ni crisis de síntomas limitados durante la semana pasada.
 1. Ligeramente desagradable (no demasiado intenso).
 2. Moderadamente desagradable (intenso, pero manejable).
 3. Severamente desagradable (muy intenso).
 4. Extremadamente desagradable (extremo malestar durante todos los ataques).

3. Durante la semana pasada, ¿cuánto le ha preocupado o sentido ansiedad acerca de cuándo sería el próximo ataque de pánico o acerca de miedos

relacionados con los ataques? (por ejemplo, que signifiquen que tiene problemas físicos o mentales, o que puedan avergonzarle en público).

0. No, en absoluto.
1. Ocasional o tan solo ligeramente.
2. Frecuentemente o de manera moderada.
3. Muy a menudo o de una manera muy molesta.
4. Prácticamente siempre y de manera muy molesta.

4. Durante la semana pasada, ¿hubo algún lugar o situación (por ejemplo, transportes públicos, cines, multitudes, puentes, túneles, centros comerciales o estar solo) que evitara o que temiera (que se sintiera incómodo, quisiera evitar o irse) por temor a tener un ataque de pánico? ¿Hay otras situaciones que haya evitado o que haya temido durante la semana por el mismo motivo? Si ha sido así, por favor, valore su nivel de miedo y evitación durante la semana pasada.

0. Ninguno. Ni miedo ni evitación.
1. Ligero. Miedo y/o evitación ocasional, aunque normalmente pude controlar o aguantar la situación. Mi día a día apenas cambió debido a esto.
2. Moderado. Miedo y/o evitación evidente, pero aún manejable. Evité algunas situaciones, pero pude afrontarlas en compañía. Mi día a día se vio ligeramente afectado, pero mi funcionamiento general no se resintió.
3. Severo. Evitación considerable. Mi día a día se modificó notablemente a causa de la evitación, lo que me dificultó realizar actividades cotidianas.
4. Extremo. Temor y/o evitación extremadamente incapacitante. Mi día a día se vio tan afectado que no realicé incluso tareas importantes.

5. Durante la semana pasada, ¿hubo alguna actividad (por ejemplo, ejercicio físico, relaciones sexuales, tomar un baño o una ducha calientes, beber café, mirar una película de acción o de miedo) que evitara o le diera miedo (que le resultara molesta, quisiera evitarla o detenerla) porque le generase sensaciones físicas similares a aquellas que siente durante los ataques de pánico o porque temiera que le provocara un ataque de pánico? ¿Hay otras actividades que, por ese mismo motivo, hubiera evitado, o le hubieran asustado si se hubieran presentado durante la semana? Si la respuesta es sí a cualquiera de las dos preguntas, por favor, valore el nivel de miedo y evitación hacia esas actividades durante la pasada semana.

0. Ni miedo ni evitación hacia actividades o situaciones debido a sensaciones físicas molestas.
1. Ligero. Miedo y/o evitaciones ocasionales que normalmente pude controlar o aguantar, aunque con ligero malestar. Son actividades que me

generan sensaciones físicas. Mi día a día no se vio afectado debido a esto.

2. Moderado. La evitación era evidente pero manejable. Mi día a día se modificó, pero mi funcionamiento general no se vio afectado.
3. Severo. Evitación importante. Mi día a día se modificó de manera importante y afectó a mi funcionamiento.
4. Extremo. Evitación extremadamente incapacitante, mi día a día se vio tan afectado que no realicé ni las tareas importantes.

6. Durante la semana pasada, ¿en qué medida los síntomas que ha visto, en su conjunto (ataques de pánico, crisis de síntomas limitados y la preocupación por los ataques), han interferido con su habilidad para trabajar o llevar a cabo sus responsabilidades en el hogar? (si su trabajo o responsabilidades del hogar han sido inferiores a lo habitual durante la semana pasada, conteste en relación con lo que hubieran interferido en una semana normal).

0. Sin interferencia en el trabajo ni en las responsabilidades del hogar.
1. Ligera interferencia en trabajo o en las responsabilidades del hogar. Aun así pude hacer las cosas como las hubiera hecho sin tener esos problemas.
2. Interferencia significativa con el trabajo o las tareas del hogar. A pesar de eso pude hacer las cosas que tenía que hacer.
3. Interferencia importante en el trabajo o en las responsabilidades del hogar. Hubo varias cosas importantes que no pude hacer debido a estos problemas.
4. Interferencia extremadamente incapacitante. En esencia fui incapaz de ocuparme del trabajo o de las responsabilidades del hogar.

7. Durante la semana pasada, ¿cuánto interfirieron en su vida social los ataques de pánico o las crisis de síntomas limitados, la preocupación por dichos ataques o el temor ante ciertas situaciones y actividades? (si durante la semana pasada no tuvo muchas oportunidades para socializar, responda cuánto cree que habría interferido de haberlas tenido).

0. Sin interferencia.
1. Ligera interferencia con actividades sociales, pero pude hacer casi todo lo que haría sin haber tenido estos problemas.
2. Interferencia significativa con actividades sociales, pero pude ser capaz de hacer la mayoría de cosas haciendo un esfuerzo.
3. Interferencia importante en las actividades sociales. Hubo algunas actividades sociales que no pude hacer debido a estos problemas.
4. Interferencia extremadamente incapacitante, tanto que prácticamente no hubo ninguna actividad social que pudiera hacer.

ESCALA DE AGORAFOBIA

(Öst 1990; adaptación de Labpsitec UJI)

Cliente: _____ Código: _____

PD =

Terapeuta: _____ Fecha: _____

A continuación, se presentan una serie de descripciones cortas de situaciones que pueden provocar miedo, ansiedad u otros sentimientos displacenteros. Lea cada ítem y valore cuanta ansiedad experimenta en la situación descrita. Rodee con un círculo la puntuación que mejor representa sus sentimientos, siguiendo la siguiente escala.

- 0 = ninguna ansiedad
- 1 = un poco de ansiedad
- 2 = ansiedad moderada
- 3 = mucha ansiedad
- 4 = muchísima ansiedad

1. Estar solo/a en casa	0 1 2 3 4
2. Comprar solo/a en tiendas pequeñas	0 1 2 3 4
3. Cruzar solo/a una calle en la ciudad	0 1 2 3 4
4. Estar en una multitud sin la compañía de algún/a amigo/a	0 1 2 3 4
5. Ir solo/a en un autobús en hora punta	0 1 2 3 4
6. Caminar por espacios abiertos y grandes en la ciudad (p. ej., en una plaza)	0 1 2 3 4
7. Conducir solo/a a través de un largo túnel (en coche)	0 1 2 3 4
8. Regresar solo/a a casa	0 1 2 3 4
9. Ir solo/a en tren o en metro cuando están llenos de gente	0 1 2 3 4
10. Esperar solo/a en una larga cola en correos, en el banco o en una tienda	0 1 2 3 4
11. Estar sentado/a en una silla durante mucho tiempo, en compañía de otras personas	0 1 2 3 4
12. Comer en un restaurante o en un bar	0 1 2 3 4
13. Ir al cine o al teatro y sentarse en mitad de la fila	0 1 2 3 4

14. Comprar solo/a en una tienda repleta de gente	0 1 2 3 4
15. Cruzar a solas un puente con mucho tráfico	0 1 2 3 4
16. Conducir a solas un coche por un viaducto o puente	0 1 2 3 4
17. Ir solo/a a la peluquería	0 1 2 3 4
18. Comprar a solas en un gran supermercado con mucha gente	0 1 2 3 4
19. Pasear solo/a por calles con mucha gente	0 1 2 3 4
20. Subir solo/a en ascensor	0 1 2 3 4

**ENTREVISTA ESTRUCTURADA ADIS-IV PARA LOS
TRASTORNOS DE ANSIEDAD (ADIS-IV)**

(Di Nardo, Brown y Barlow 1994; adaptación de Botella, Baños y Perpiñá 2003)

Cliente: _____ Código: _____

Terapeuta: _____ Fecha: _____

FOBIA SOCIAL

I. Establecimiento del diagnóstico

1a. Actualmente, en situaciones sociales en las que puede ser observado o evaluado por otros o cuando conoce gente nueva, ¿se siente usted temeroso/ansioso/nervioso?, es decir, ¿siente usted miedo, ansiedad o nerviosismo?

SÍ NO

1b. Actualmente, ¿le preocupa de manera general que pueda hacer o decir algo que le ponga en una situación embarazosa o humillante delante de otros, o en la que los demás puedan pensar mal de usted?

SÍ NO

Si contesta NO a la 1a y la 1b, hay que ir a la 1c.

Si contesta SÍ a la 1a y la 1b, hay que ir a la 2a.

1c. ¿Ha estado alguna vez ansioso en situaciones sociales o preocupadas de manera general por comportarse de un modo que le resulte a usted embarazoso o humillante ante los demás?

SÍ NO

Si contesta NO, hay que ir a la 3.

¿Cuándo fue la última vez que ocurrió esto?

2a. Además de este periodo actual/más reciente de tiempo en el que se ha sentido ansioso en situaciones sociales, ¿ha habido otros periodos de tiempo en los que usted se haya sentido ansioso en situaciones sociales o se haya preocupado de manera general por hacer algo embarazoso o humillante delante de los demás?

SÍ NO

2b. Antes de este periodo de tiempo actual/ más reciente de tiempo en el cual usted se ha sentido ansioso en situaciones sociales, ¿ha habido algún periodo de tiempo considerable en el que se haya sentido cómodo en estas situaciones?

SÍ NO

Si contesta NO, hay que ir a la 3.

C. ¿Cuánto tiempo pasó entre estos periodos? ¿cuándo ocurrieron este/os periodo/s?

1. Voy a describirle algunas situaciones de este tipo y preguntarle cómo se sentiría en cada situación y hasta qué punto evita estas situaciones. Para cada situación, dé puntuaciones independientes para MIEDO y EVITACIÓN, utilizando la siguiente escala:

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Sin miedo. Nunca evita	Poco miedo. Raramente evita		Miedo moderado. A veces evita			Mucho miedo. Evita con frecuencia		Muchísimo miedo. Siempre evita

- **PRESENTE:** En la actualidad, se pone ansioso en/cuando, o siente la necesidad de evitar.
- **PASADO:** Se ha sentido ansioso en/cuando, o ha sentido la necesidad de evitar.

	Presente		Observaciones	Pasado	
	Temor	Evitar		Temor	Evitar
a. Fiestas.					
b. Participar en reuniones/ clases.					
c. Hablar delante de un grupo / dar una charla formal.					
d. Hablar con personas poco conocidas.					
e. Comer en público.					
f. Utilizar aseos públicos.					
g. Escribir en público (firmar cheques, rellenar impresos).					
h. Quedar con alguien por quien se siente atraído/a.					
i. Hablar con personas de autoridad.					
j. Ser asertivo/a, por ejemplo, negarse a peticiones poco razonables (decir no). Pedir a otras personas que cambien su forma de comportarse.					
k. Iniciar una conversación.					
l. Mantener una conversación.					
m. Otras situaciones.					

2. Ahora quiero hacerle una serie de preguntas acerca de la ansiedad que siente usted actualmente cuando está en situaciones sociales y que empezó aproximadamente en _____ (especificar mes/año).

a) Lista de las situaciones más problemáticas (que ponga ejemplos reales a partir de las situaciones que ha señalado como más problemáticas)

1. ¿Qué le preocupa que ocurra en estas situaciones?

2. ¿Siente ansiedad prácticamente todas las veces en las que _____ (situación/es listada/s)?

SÍ _____ NO _____

3. ¿La ansiedad aparece en el momento en que usted entra en la/s situación/es o está a punto de hacerlo, o a veces la ansiedad aparece con «retraso» o de forma inesperada?

INMEDIATA _____ RETRASADA _____

4a. ¿Se siente ansioso acerca de estas situaciones porque teme que pueda tener un ataque de pánico inesperado? (si es necesario, explicar qué es un ataque de pánico).

SÍ _____ NO _____

Si la respuesta es SÍ, ¿en qué situaciones sucede?

4b. En otras ocasiones en las que se expone a _____, ¿ha experimentado un episodio de miedo intenso / ansiedad que ha aparecido de forma brusca e inesperada?

SÍ _____ NO _____

Si la respuesta es SÍ, ¿dónde le ha ocurrido?

Si la respuesta ha sido SÍ a 4a o 4b, cabe considerar si el miedo puede asumirse dentro de un trastorno de pánico.

5a. ¿De qué modo interfieren estos miedos en su vida (por ejemplo, rutina diaria, trabajo, actividades sociales)?, ¿en qué medida le afectan estos miedos?

5b. ¿Influyen estos miedos en su trabajo actual o en su rendimiento académico?, ¿de qué modo?

Evaluar interferencia: _____ Malestar: _____

-0-	-1-	-2-	-3-	-4-	-5-	-6-	-7-	-8-
Ninguna		Ligera		Moderada		Grave		Muy grave

6a. ¿Cuándo esta ansiedad o miedo acerca de _____ empezó a ser un problema para usted debido al malestar o interferencia que causaba en su vida? (Nota: Si el paciente es poco preciso en la fecha de aparición, intentar conseguir información más específica, por ejemplo, ligando la aparición a sucesos vitales objetivos.)

Fecha de aparición: Mes _____ Año _____

6b. ¿Recuerda algo que pudiera haber contribuido a que usted se sienta ansioso en situaciones sociales?

7a. Aparte de este periodo actual de ansiedad ante situaciones sociales, ¿ha habido otros periodos de tiempo antes de este en los que ha tenido los mismos problemas?

SÍ _____ NO _____

7b. ¿Cuándo la ansiedad acerca de _____ dejó de ser un problema en tanto que se sintió cómodo en _____, o ya no causaba malestar o interferencia en su vida?

Fecha de remisión: Mes _____ Año _____

7c. ¿Recuerda alguna razón por la que ya no se sintiera ansioso en esas situaciones?

II. SÍNTOMAS DE ATAQUE DE PÁNICO

Lista de situaciones que van a ser evaluadas:

¿Ha experimentado _____ (síntoma) cuando _____ (situación)?

-0-	-1-	-2-	-3-	-4-	-5-	-6-	-7-	-8-
Ninguna		Ligera		Moderada		Grave		Muy grave
1. Palpitaciones, latidos del corazón o tasa cardíaca acelerada								
2. Sudoración								
3. Estremecimientos o temblores								
4. Falta de aliento o sensación de ahogo								
5. Sensación de atragantamiento (asfixia)								
6. Dolor o malestar en el pecho								
7. Náusea o malestar en el estómago								
8. Escalofríos, sofocos o rubor								
9. Mareo, sensación de inestabilidad, de que se le va la cabeza o de desmayo								
10. Sensación de irrealidad o de estar separado/a o distanciado/a de uno/a mismo/a								
11. Embotamiento o sensaciones de cosquilleo								
12. Miedo de morir								
13. Miedo a volverse loco/a								
14. Miedo a hacer algo descontrolado								
15. Tics o espasmos								

Nota: Traducción del Servicio de Asistencia Psicológica, UJI, Castellón.

ESCALA DE MIEDO A LA EVALUACIÓN NEGATIVA (FNE)

(Watson y Friend 1969; validación de García-López et al. 2001)

Nombre: _____

Terapeuta: _____ Fecha: _____

A continuación, lea las siguientes frases y decida si describen lo que a usted le ocurre, marcándolas como verdadero (V) o falso (F).

1. Casi nunca me preocupa parecer tonto/a ante los demás.	V	F
2. Me preocupa lo que la gente piense de mí, incluso cuando sé que no tiene importancia.	V	F
3. Me pongo tenso/a y nervioso/a si sé que alguien me está analizando/ evaluando.	V	F
4. No me preocupa saber si la gente se está formando una impresión desfavorable de mí.	V	F
5. Me siento muy afectado/a cuando cometo algún error social.	V	F
6. Las opiniones que la gente importante tiene de mí me causan poca ansiedad.	V	F
7. Temo a menudo parecer ridículo/a o hacer alguna tontería ante la gente.	V	F
8. Apenas sé cómo reaccionar cuando otras personas me censuran.	V	F
9. Temo a menudo que la gente se dé cuenta de mis defectos.	V	F
10. La desaprobación de los demás podría tener cierto efecto sobre mí.	V	F
11. Si alguien me está evaluando, tiendo a esperar lo peor.	V	F
12. Raramente me preocupo de la impresión que estoy causando en los demás.	V	F
13. Tengo miedo de que otros no aprueben mi conducta.	V	F
14. Me da miedo que la gente me critique.	V	F
15. Las opiniones de los demás sobre mí no me preocupan.	V	F

16. No me siento necesariamente afectado/a si no le caigo bien a alguien.	V	F
17. Cuando estoy hablando con alguien me preocupa lo que pueda estar pensando de mí.	V	F
18. Creo que se pueden cometer errores sociales algunas veces. Por lo tanto, ¿por qué preocuparme?	V	F
19. Generalmente me preocupa la impresión que pueda causar.	V	F
20. Me preocupa muchísimo lo que mis superiores piensen de mí.	V	F
21. Si sé que alguien me está juzgando, eso tiene poco efecto sobre mí.	V	F
22. Me preocupa que los demás piensen que no valgo la pena.	V	F
23. Me preocupa poco lo que los demás puedan pensar de mí.	V	F
24. A veces pienso que estoy demasiado preocupado/a por lo que otras personas piensan de mí.	V	F
25. A menudo me preocupa que pueda decir o cometer equivocaciones.	V	F
26. A menudo soy indiferente a las opiniones que los demás tienen de mí.	V	F
27. Generalmente, confío en que los demás tendrán una impresión favorable de mí.	V	F
28. A menudo me preocupa que la gente que es importante para mí no piense favorablemente de mí.	V	F
29. Me obsesiono por las opiniones que mis amistades tienen de mí.	V	F
30. Me pongo tenso/a y nervioso/a si sé que estoy siendo juzgado/a por mis superiores.	V	F

ESCALA DE MIEDO A LA EVALUACIÓN NEGATIVA (FNE, versión breve)

(Leary 1983; validación de Gallego-Pitarch 2010)

Nombre: _____

Terapeuta: _____ Fecha: _____

Lea detenidamente cada una de las siguientes frases e indique el grado en que le caracterizan de acuerdo con la siguiente escala:

- 1 = NADA característico en mí
- 2 = LIGERAMENTE característico en mí
- 3 = MODERADAMENTE característico en mí
- 4 = MUY característico en mí
- 5 = EXTREMADAMENTE característico en mí

1. Me preocupa lo que la gente pensará de mí, incluso cuando sé que no tiene importancia.	1 2 3 4 5
2. No me preocupo incluso cuando sé que la gente se está formando una impresión desfavorable de mí (R).	1 2 3 4 5
3. Frecuentemente temo que otras personas se den cuenta de mis limitaciones.	1 2 3 4 5
4. Raramente me preocupo de la impresión que estoy causando en los demás (R).	1 2 3 4 5
5. Temo que los demás no me aprueben.	1 2 3 4 5
6. Me da miedo que la gente descubra mis defectos.	1 2 3 4 5
7. Las opiniones de los demás sobre mí no me molestan (R).	1 2 3 4 5
8. Cuando estoy hablando con alguien me preocupa lo que pueda estar pensando de mí.	1 2 3 4 5
9. Generalmente me preocupo por la impresión que pueda causar.	1 2 3 4 5
10. Si sé que alguien me está juzgando, ello tiene poco efecto en mí (R).	1 2 3 4 5
11. A veces pienso que estoy demasiado preocupado por lo que otras personas piensan de mí.	1 2 3 4 5
12. A menudo me preocupa decir o hacer cosas equivocadas.	1 2 3 4 5

ESCALA DE EVITACIÓN Y MALESTAR (SAD)

(Watson y Friend, 1969; adaptación de Bobes et al. 1999).

Nombre: _____

Terapeuta: _____ Fecha: _____

Lea las siguientes afirmaciones y decida si describen lo que a usted le ocurre. Indíquelo en cada frase marcando verdadero (V) o falso (F).

1. Me siento relajado/a incluso en situaciones sociales poco familiares.	V	F
2. Procuro evitar las situaciones que me obligan a ser muy sociable.	V	F
3. Encuentro fácil estar relajado/a cuando estoy con desconocidos.	V	F
4. No tengo un deseo especial de evitar a la gente.	V	F
5. A veces encuentro inquietantes las situaciones sociales.	V	F
6. Normalmente me siento tranquilo/a y cómodo/a en las situaciones sociales.	V	F
7. Normalmente estoy tranquilo/a cuando hablo con una persona del otro sexo.	V	F
8. Procuro no hablar con los demás, a no ser que los conozca mucho.	V	F
9. Si tengo la oportunidad de conocer gente nueva, suelo aprovecharla.	V	F
10. A menudo me siento nervioso/a o tenso/a en reuniones informales en las que hay personas de ambos sexos.	V	F
11. Normalmente estoy nervioso/a al estar con los demás, a no ser que los conozca mucho.	V	F
12. Normalmente me siento relajado/a cuando me encuentro con un grupo de gente.	V	F
13. Muchas veces deseo huir de la gente.	V	F
14. Suelo sentirme incómodo/a cuando estoy con un grupo de personas a las que no conozco.	V	F
14. Suelo estar relajado/a con alguien a quien acabo de conocer.	V	F
16. Me pongo nervioso/a y tenso/a cuando me presentan a alguien.	V	F

17. Aunque una habitación esté llena de desconocidos, yo puedo entrar tranquilamente.	V	F
18. Procuraría evitar acercarme y unirme a un gran grupo de personas.	V	F
19. Cuando mis superiores quieren hablar conmigo, acudo de buena gana.	V	F
20. A menudo me siento al borde del desastre cuando estoy con un grupo de gente.	V	F
21. Tiendo a apartarme de la gente.	V	F
22. No me importa hablar con la gente en fiestas o reuniones sociales.	V	F
23. Rara vez estoy tranquilo/a entre un grupo de gente.	V	F
24. A menudo pongo excusas para no asistir a reuniones sociales.	V	F
25. A veces me encargo de presentar a la gente.	V	F
26. Procuro evitar las reuniones sociales formales.	V	F
27. Suelo acudir a todos los compromisos sociales que tengo.	V	F
28. Me resulta fácil estar relajado/a con los demás.	V	F

INVENTARIO DE ANSIEDAD Y FOBIA SOCIAL (SPAI)

(Turner, Beidel, Dancu y Stanley 1989; validada por Baños, Botella, Quero, y Medina 2007)

Nombre: _____

Terapeuta: _____ Fecha: _____

A continuación, encontrará una lista de conductas que pueden ser importantes para usted. Indique, por favor, basándose en su experiencia personal, con cuánta frecuencia tiene usted estas sensaciones y pensamientos cuando se encuentra en una situación social.

Una situación social se define como un encuentro entre dos o más personas, por ejemplo una reunión, una clase, una fiesta, un bar o restaurante, hablar con otra persona o un grupo de gente, etc. SENTIR ANSIEDAD ES EQUIVALENTE A SENTIR NERVIOSISMO, TENSIÓN O INCOMODIDAD.

Complete, por favor, el cuestionario marcando el número que refleja mejor con cuánta frecuencia usted siente ansiedad en estas situaciones.

	1	2	3	4	5	6	7						
	Nunca	Muy raramente	Raramente	A veces	Bastantes veces	Muchas veces	Siempre						
1.	Me pongo nervioso/a cuando tomo parte en una situación social dentro de un grupo pequeño de personas.						1	2	3	4	5	6	7
2.	Me pongo nervioso/a cuando tomo parte en una situación social dentro de un grupo grande de personas.						1	2	3	4	5	6	7
3.	Me pongo nervioso/a cuando empiezo a ser el centro de atención en una situación social.						1	2	3	4	5	6	7
4.	Me pongo nervioso/a cuando estoy en una situación social y se espera de mi que participe en alguna actividad.						1	2	3	4	5	6	7
5.	Me pongo nervioso/a cuando hablo en público.						1	2	3	4	5	6	7
6.	Me pongo nervioso/a cuando hablo en una reunión pequeña de carácter informal.						1	2	3	4	5	6	7
7.	Me pongo tan nervioso/a cuando tengo que acudir a reuniones sociales que evito esas situaciones.						1	2	3	4	5	6	7
8.	Me pongo tan nervioso/a cuando estoy en situaciones sociales que me marcho.						1	2	3	4	5	6	7
9.	Me pongo nervioso/a cuando estoy en una reunión pequeña con:												
	Extraños						1	2	3	4	5	6	7
	Figuras de autoridad						1	2	3	4	5	6	7
	Personas del sexo opuesto						1	2	3	4	5	6	7
	Gente en general						1	2	3	4	5	6	7
10.	Me pongo nervioso/a cuando estoy en una reunión grande con:												
	Extraños						1	2	3	4	5	6	7
	Figuras de autoridad						1	2	3	4	5	6	7
	Personas del sexo opuesto						1	2	3	4	5	6	7
	Gente en general						1	2	3	4	5	6	7

11.	Me pongo nervioso/a cuando estoy en un bar o restaurante con:							
	Extraños	1	2	3	4	5	6	7
	Figuras de autoridad	1	2	3	4	5	6	7
	Personas del sexo opuesto	1	2	3	4	5	6	7
	Gente en general	1	2	3	4	5	6	7
12.	Me pongo nervioso/a y no sé qué hacer cuando me encuentro en una situación nueva con:							
	Extraños	1	2	3	4	5	6	7
	Figuras de autoridad	1	2	3	4	5	6	7
	Personas del sexo opuesto	1	2	3	4	5	6	7
	Gente en general	1	2	3	4	5	6	7
13.	Me pongo nervioso/a y no sé qué hacer cuando me encuentro en una situación en la que puede producirse algún tipo de confrontación con:							
	Extraños	1	2	3	4	5	6	7
	Figuras de autoridad	1	2	3	4	5	6	7
	Personas del sexo opuesto	1	2	3	4	5	6	7
	Gente en general	1	2	3	4	5	6	7
14.	Me pongo nervioso/a y no sé qué hacer cuando me encuentro en una situación embarazosa con:							
	Extraños	1	2	3	4	5	6	7
	Figuras de autoridad	1	2	3	4	5	6	7
	Personas del sexo opuesto	1	2	3	4	5	6	7
	Gente en general	1	2	3	4	5	6	7
15.	Me pongo nervioso/a si hablo de asuntos privados con:							
	Extraños	1	2	3	4	5	6	7
	Figuras de autoridad	1	2	3	4	5	6	7
	Personas del sexo opuesto	1	2	3	4	5	6	7
	Gente en general	1	2	3	4	5	6	7
16.	Me pongo nervioso/a cuando expreso mi opinión con:							
	Extraños	1	2	3	4	5	6	7
	Figuras de autoridad	1	2	3	4	5	6	7
	Personas del sexo opuesto	1	2	3	4	5	6	7
	Gente en general	1	2	3	4	5	6	7

17.	Me pongo nervioso/a cuando hablo de asuntos de trabajo con:							
	Extraños	1	2	3	4	5	6	7
	Figuras de autoridad	1	2	3	4	5	6	7
	Personas del sexo opuesto	1	2	3	4	5	6	7
	Gente en general	1	2	3	4	5	6	7
18.	Me pongo nervioso/a si me acerco e inicio una conversación con:							
	Extraños	1	2	3	4	5	6	7
	Figuras de autoridad	1	2	3	4	5	6	7
	Personas del sexo opuesto	1	2	3	4	5	6	7
	Gente en general	1	2	3	4	5	6	7
19.	Me pongo nervioso/a si tengo que mantener una conversación de más de unos pocos minutos con:							
	Extraños	1	2	3	4	5	6	7
	Figuras de autoridad	1	2	3	4	5	6	7
	Personas del sexo opuesto	1	2	3	4	5	6	7
	Gente en general	1	2	3	4	5	6	7
20.	Me pongo nervioso/a si bebo (cualquier tipo de bebida) y/o como delante de:							
	Extraños	1	2	3	4	5	6	7
	Figuras de autoridad	1	2	3	4	5	6	7
	Personas del sexo opuesto	1	2	3	4	5	6	7
	Gente en general	1	2	3	4	5	6	7
21.	Me pongo nervioso/a cuando escribo (a mano, a máquina o con ordenador) delante de:							
	Extraños	1	2	3	4	5	6	7
	Figuras de autoridad	1	2	3	4	5	6	7
	Personas del sexo opuesto	1	2	3	4	5	6	7
	Gente en general	1	2	3	4	5	6	7
22.	Me pongo nervioso/a si hablo delante de:							
	Extraños	1	2	3	4	5	6	7
	Figuras de autoridad	1	2	3	4	5	6	7
	Personas del sexo opuesto	1	2	3	4	5	6	7
	Gente en general	1	2	3	4	5	6	7
23.	Me pongo nervioso/a si soy criticado/a o rechazado/a por:							
	Extraños	1	2	3	4	5	6	7
	Figuras de autoridad	1	2	3	4	5	6	7
	Personas del sexo opuesto	1	2	3	4	5	6	7
	Gente en general	1	2	3	4	5	6	7

24.	Intento evitar situaciones sociales en las que hay:								
	Extraños	1	2	3	4	5	6	7	
	Figuras de autoridad	1	2	3	4	5	6	7	
	Personas del sexo opuesto	1	2	3	4	5	6	7	
	Gente en general	1	2	3	4	5	6	7	
25.	Me marcho de las situaciones sociales en las que hay:								
	Extraños	1	2	3	4	5	6	7	
	Figuras de autoridad	1	2	3	4	5	6	7	
	Personas del sexo opuesto	1	2	3	4	5	6	7	
	Gente en general	1	2	3	4	5	6	7	
26.	Antes de entrar en una situación social pienso en todo lo que puede ir mal. Los tipos de pensamientos que tengo son:								
	¿Iré vestido/a apropiadamente?	1	2	3	4	5	6	7	
	Probablemente cometeré un error y pareceré tonto/a	1	2	3	4	5	6	7	
	¿Qué haré si nadie habla conmigo?	1	2	3	4	5	6	7	
	¿De qué puedo hablar si hay un silencio en la conversación?	1	2	3	4	5	6	7	
	La gente se dará cuenta de mi nerviosismo/ ansiedad.	1	2	3	4	5	6	7	
27.	Me pongo nervioso/a antes de entrar en una situación social.	1	2	3	4	5	6	7	
28.	Me quedo sin voz o esta cambia cuando hablo en una situación social.	1	2	3	4	5	6	7	
29.	Tiendo a no hablar a la gente hasta que ellos no se dirigen a mí.	1	2	3	4	5	6	7	
30.	Tengo pensamientos desagradables cuando estoy en una situación social. Por ejemplo:								
	Ojalá pudiera marcharme y evitar toda esta situación.	1	2	3	4	5	6	7	
	Si lo echo todo a perder otra vez perderé toda la confianza que tengo en mí mismo/a.	1	2	3	4	5	6	7	
	¿Qué impresión estaré causando?	1	2	3	4	5	6	7	
	No importa lo que diga: sonará estúpido	1	2	3	4	5	6	7	
31.	Experimento las siguientes sensaciones antes de participar en una situación social:								
	Sudoración	1	2	3	4	5	6	7	
	Frecuentes ganas de orinar	1	2	3	4	5	6	7	
	Palpitaciones del corazón	1	2	3	4	5	6	7	

32.	Experimento las siguientes sensaciones cuando estoy en una situación social: Sudoración Rubor Temblores Frecuentes ganas de orinar Palpitaciones del corazón	1	2	3	4	5	6	7
33.	Me pongo nervioso/a cuando estoy solo/a en casa.	1	2	3	4	5	6	7
34.	Me pongo nervioso/a cuando estoy en un lugar desconocido.	1	2	3	4	5	6	7
35.	Me pongo nervioso/a cuando estoy en cualquier tipo de transporte público (por ejemplo, bus, avión, etc.).	1	2	3	4	5	6	7
36.	Me pongo nervioso/a al cruzar calles.	1	2	3	4	5	6	7
37.	Me pongo nervioso/a cuando estoy en lugares públicos abarrotados de gente (por ejemplo, grandes almacenes, cines, restaurantes, etc.).	1	2	3	4	5	6	7
38.	Me pongo nervioso/a cuando estoy en grandes espacios abiertos.	1	2	3	4	5	6	7
39.	Me pongo nervioso/a cuando estoy en lugares cerrados (por ejemplo, ascensores, túneles, etc.).	1	2	3	4	5	6	7
40.	Me pongo nervioso/a cuando estoy en lugares altos (por ejemplo, edificios altos).	1	2	3	4	5	6	7
41.	Me pongo nervioso/a cuando tengo que esperar en una cola larga.	1	2	3	4	5	6	7
42.	Hay veces en las que tengo que agarrarme a algo por miedo a caerme.	1	2	3	4	5	6	7
43.	Cuando salgo de casa y voy a diferentes lugares públicos, necesito estar acompañado de algún miembro de mi familia o de algún amigo.	1	2	3	4	5	6	7
44.	Me pongo nervioso/a al ir en coche.	1	2	3	4	5	6	7
45.	Hay lugares a los que no voy porque me siento atrapado/a.	1	2	3	4	5	6	7

PUNTUACIÓN:

Fobia social Agorafobia Total

ESCALA DE ANSIEDAD ANTE LA INTERACCIÓN SOCIAL (SIAS)

(Mattick, Richard y Clarke 1998; adaptada de Olivares, García-López e Hidalgo 2001)

Nombre: _____ Fecha: _____

Señala con una X en qué medida considera que las siguientes frases podrían aplicarse en su caso. Guíese por la siguiente escala.

	0	1	2	3	4
	NADA	POCO	ALGO	BASTANTE	MUCHO
1. Me pongo nervioso/a si tengo que hablar con alguna persona de autoridad (profesores, jefes, etc.).	0	1	2	3	4
2. Me cuesta mirar a otras personas a los ojos.	0	1	2	3	4
3. Me pongo tenso/a si tengo que hablar de mí mismo/a o mis sentimientos.	0	1	2	3	4
4. Me cuesta relacionarme con los compañeros de trabajo.	0	1	2	3	4
5. Me resulta fácil hacer amigos de mi misma edad.	0	1	2	3	4
6. Me pongo tenso/a si me encuentro a un conocido en la calle.	0	1	2	3	4
7. Estoy incómodo/a en situaciones sociales.	0	1	2	3	4
8. Me siento tenso/a si estoy solo/a con una persona.	0	1	2	3	4
9. Estoy a gusto conociendo gente en fiestas, etc.	0	1	2	3	4
10. Me cuesta hablar con otras personas.	0	1	2	3	4
11. Me resulta fácil pensar en cosas de las que hablar.	0	1	2	3	4
12. Me preocupa tener que expresar mi opinión por si pudiera parecer una persona rara.	0	1	2	3	4

13. Me cuesta mostrar desacuerdo con la opinión de otra persona.	0	1	2	3	4
14. Me cuesta hablar con personas atractivas del otro sexo.	0	1	2	3	4
15. Me preocupa no saber qué decir en situaciones sociales.	0	1	2	3	4
16. Me pongo nervioso/a al estar con gente que no conozco bien.	0	1	2	3	4
17. Tengo la impresión de que diré algo embarazoso al hablar.	0	1	2	3	4
18. Me preocupa que me ignoren cuando estoy en un grupo.	0	1	2	3	4
19. Me pongo tenso/a cuando estoy en grupo.	0	1	2	3	4
20. Cuando me encuentro con alguien que solo conozco ligeramente, no estoy seguro/a de si debo saludarlo.	0	1	2	3	4

TEST DE AUTOAFIRMACIONES EN INTERACCIONES SOCIALES (SISST)

(Glass, Merluzzi, Biever y Larsen 1992; adaptada de Gallego, Botella, García-Palacios, Quero y Baños 2010)

Nombre: _____

Terapeuta: _____ Fecha: _____

Es obvio que las personas piensan cosas muy distintas cuando se encuentran en situaciones sociales diferentes. Abajo aparece una lista de cosas que usted puede haber pensado o haberse dicho a sí mismo/a alguna vez antes, durante y después de una interacción social en la que haya estado envuelto/a. Una interacción social se define como un encuentro entre dos o más personas, por ejemplo una reunión, una clase, una fiesta, un bar o restaurante, hablar con otra persona o a un grupo de gente, etc.

Lea cada frase con atención y decida con qué frecuencia usted ha tenido un pensamiento semejante antes, durante y después de una interacción social, marcando con una X el número que se ajuste más a su caso, teniendo en cuenta la siguiente escala:

1	2	3	4	5
NUNCA pienso/he pensado eso	RARAMENTE pienso/he pensado eso	A VECES pienso/he pensado eso	A MENUDO pienso/he pensado eso	CASI SIEMPRE pienso/he pensado eso

Por favor, responda de la manera más sincera posible. Gracias.

1. Cuando no sé qué decir me pongo muy nervioso/a.	1	2	3	4	5
2. Normalmente puedo hablar con otras personas bastante bien.	1	2	3	4	5
3. Espero no estar haciendo el ridículo.	1	2	3	4	5
4. Estoy empezando a sentirme más cómodo/a, más a gusto.	1	2	3	4	5
5. Realmente me da miedo lo que pensarán de mí.	1	2	3	4	5
6. Nada de preocupaciones, ni miedos, ni ansiedades.	1	2	3	4	5
7. Tengo un miedo espantoso.	1	2	3	4	5
8. Probablemente no tendrán ningún interés en mí.	1	2	3	4	5
9. A lo mejor puedo hacer que los demás se sientan a gusto tomando yo la iniciativa.	1	2	3	4	5
10. En vez de preocuparme puedo pensar en la mejor forma de conocerlos.	1	2	3	4	5
11. No me siento demasiado a gusto conociendo gente, así que las cosas seguro que tienen que ir mal.	1	2	3	4	5
12. ¡Qué más da! Lo peor que puede ocurrir es que no les guste.	1	2	3	4	5
13. Los demás pueden estar queriendo hablar conmigo tanto como yo quiero hablar con ellos.	1	2	3	4	5
14. Esta será una buena oportunidad.	1	2	3	4	5
15. Si estropeo esta conversación perderé la confianza en mí mismo/a.	1	2	3	4	5
16. Lo que diga probablemente sonará estúpido.	1	2	3	4	5
17. ¿Qué puedo perder? Merece la pena intentarlo.	1	2	3	4	5

18. Esta es una situación embarazosa, pero puedo manejarla.	1	2	3	4	5
19. ¡Eh! No quiero hacer esto.	1	2	3	4	5
20. Me quedaré chafado/a si no me responden.	1	2	3	4	5
21. Simplemente tengo que causarles una buena impresión o me sentiré fatal.	1	2	3	4	5
22. Eres un/a idiota reprimido/a.	1	2	3	4	5
23. Probablemente lo echaré todo a perder de todos modos.	1	2	3	4	5
24. Puedo manejar cualquier cosa.	1	2	3	4	5
25. Incluso si las cosas no van bien no es una tragedia.	1	2	3	4	5
26. Me siento torpe y estúpido/a, y tienen que estar dándose cuenta.	1	2	3	4	5
27. Probablemente tenemos un montón de cosas en común.	1	2	3	4	5
28. Tal vez nos llevemos realmente bien.	1	2	3	4	5
29. Ojalá pudiera irme y evitar toda esta situación.	1	2	3	4	5
30. ¡Bah! ¿Para qué tanta prudencia?.	1	2	3	4	5
APÉNDICE 4 (Cont.)					

PUNTUACIÓN:

P(+) P(-)

Anexo 3. Cuestionarios de depresión

CUESTIONARIO DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS (ATQ-30)

(Hollon y Kendall 1980; adaptación de Bas y Andrés 1984)

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha: _____

Señale con qué frecuencia suelen «asaltarle» algunos de los siguientes pensamientos:

1 = Nunca 2 = De vez en cuando 3 = Bastante 4 = Mucho 5 = Muchísimo

1. Me siento como si el mundo estuviese contra mí.	1	2	3	4	5
2. No valgo para nada.	1	2	3	4	5
3. ¿Por qué nunca tengo éxito?	1	2	3	4	5
4. Nadie me entiende.	1	2	3	4	5
5. He decepcionado a la gente.	1	2	3	4	5
6. Siento que no puedo seguir adelante.	1	2	3	4	5
7. Ojalá fuese mejor persona.	1	2	3	4	5
8. Soy débil.	1	2	3	4	5
9. Mi vida no va de la forma que quisiera.	1	2	3	4	5
10. Estoy muy desilusionado/a conmigo mismo/a.	1	2	3	4	5
11. Nada me hace sentir bien.	1	2	3	4	5
12. Esto no lo puedo soportar más.	1	2	3	4	5
13. No puedo empezar nada.	1	2	3	4	5
14. ¿Qué pasa conmigo?	1	2	3	4	5
15. Ojalá estuviese en otro lugar.	1	2	3	4	5
16. ¿Por qué no puedo organizarme la vida?	1	2	3	4	5

17. Me odio a mí mismo/a.	1	2	3	4	5
18. No valgo nada.	1	2	3	4	5
19. Me gustaría desaparecer.	1	2	3	4	5
20. ¿Qué es lo que me pasa?	1	2	3	4	5
21. Soy un/a fracasado/a.	1	2	3	4	5
22. Mi vida es un desastre.	1	2	3	4	5
23. Soy un desastre.	1	2	3	4	5
24. Nunca lo conseguiré.	1	2	3	4	5
25. Nada ni nadie me puede ayudar.	1	2	3	4	5
26. Algo tiene que cambiar.	1	2	3	4	5
27. Debe haber algo que falla en mí.	1	2	3	4	5
28. Mi futuro es desolador.	1	2	3	4	5
29. Sencillamente, no vale la pena.	1	2	3	4	5
30. No puedo terminar nada.	1	2	3	4	5

ESCALA DE ACTITUDES DISFUNCIONALES (DAS-A)

(Weissman y Beck 1978; adaptación española por Sanz y Vázquez 1993)

Nombre: _____ Fecha: _____

Este inventario contiene una lista de distintas actitudes o creencias que tiene a veces la gente. Lea cada frase con atención y decida en qué medida está o no de acuerdo.

Para cada frase, señale su respuesta trazando un aspa (X) bajo la columna que mejor describa su modo de pensar. Dado que cada persona es distinta, no existen respuestas correctas ni erróneas. Para decidir si una determina actitud es típica de su modo de ver las cosas, basta con que tenga presente cómo es usted la mayoría de las veces.

Recuerde que la respuesta de usted describe su manera de pensar la mayoría de las veces.

1. Es difícil ser feliz si no se es atractivo/a, inteligente, rico/a y creativo/a	1	2	3	4	5	6	7
2. La felicidad depende más de mi actitud hacia mí mismo/a que de la impresión que los demás tenga de mí.	1	2	3	4	5	6	7
3. La gente probablemente me considerará menos si cometo algún fallo.	1	2	3	4	5	6	7
4. Si no hago siempre las cosas bien, la gente no me respetará.	1	2	3	4	5	6	7
5. Correr un riesgo, incluso pequeño, es una locura, porque perder es probable que sea desastroso.	1	2	3	4	5	6	7
6. Es posible ganar la consideración de otra persona sin estar especialmente dotado/a en algo.	1	2	3	4	5	6	7
7. No puedo ser feliz a no ser que me admire la mayor parte de la gente que conozco.	1	2	3	4	5	6	7
8. Si una persona pide ayuda, es señal de debilidad.	1	2	3	4	5	6	7
9. Si no hago las cosas tan bien como lo demás, eso significa que soy una persona inferior.	1	2	3	4	5	6	7
10. Si fracaso en mi trabajo, seré un fracaso como persona.	1	2	3	4	5	6	7
11. Si no puedes hacer bien una cosa, es mejor no hacerla.	1	2	3	4	5	6	7
12. Está bien cometer fallos, porque de ellos puedo aprender.	1	2	3	4	5	6	7
13. Si alguien no está de acuerdo conmigo, eso probablemente indica que no le agrado.	1	2	3	4	5	6	7
14. Si fracaso en parte, eso lo considero tan malo como ser un completo fracaso.	1	2	3	4	5	6	7
15. Si los demás saben cómo eres realmente, te considerarán menos.	1	2	3	4	5	6	7
16. No soy nada si no me quiere una persona a quien quiero yo.	1	2	3	4	5	6	7
17. Uno puede disfrutar de actividad independientemente del resultado final.	1	2	3	4	5	6	7

18. La gente debería tener una razonable probabilidad de éxito antes de emprender cualquier cosa.	1	2	3	4	5	6	7
19. Mi valor como persona depende en gran medida de lo que los demás opinen de mí.	1	2	3	4	5	6	7
20. Si no consigo el nivel máximo, es probable que acabe siendo una persona de segunda categoría.	1	2	3	4	5	6	7
21. Para ser una persona valiosa debo destacar de verdad por lo menos en un aspecto importante.	1	2	3	4	5	6	7
22. Las personas a quienes se les ocurren buenas ideas valen más que aquellas a quienes no se les ocurren.	1	2	3	4	5	6	7
23. Me encontraría incómodo/a si cometiera un fallo.	1	2	3	4	5	6	7
24. Las opiniones que tengo de mí mismo/a son más importantes que las opiniones que los demás tienen de mí.	1	2	3	4	5	6	7
25. Para ser una persona buena, honesta y de valía debo ayudar a todo el que lo necesite.	1	2	3	4	5	6	7
26. Hacer una pregunta me hace parecer inferior.	1	2	3	4	5	6	7
27. Es horrible recibir la censura de personas importantes para uno.	1	2	3	4	5	6	7
28. Si uno no tiene otras personas en las que confiar, está destinado a estar triste.	1	2	3	4	5	6	7
29. Puedo alcanzar metas importantes sin esclavizarme a mí mismo/a.	1	2	3	4	5	6	7
30. Es posible ser reprendido/a y no sentirse molesto/a.	1	2	3	4	5	6	7
31. No puedo confiar en otras personas porque podrían ser crueles conmigo.	1	2	3	4	5	6	7
32. Si desagradas a los demás, lo mejor es renunciar a los propios intereses.	1	2	3	4	5	6	7
33. Para agradar a otras personas lo mejor es renunciar a los propios intereses.	1	2	3	4	5	6	7
34. Mi felicidad depende más de los demás que de mí.	1	2	3	4	5	6	7

35. Para ser feliz no necesito la aprobación de los demás.	1	2	3	4	5	6	7
36. Si uno evita problemas, los problemas acaban desapareciendo.	1	2	3	4	5	6	7
37. Puedo ser feliz incluso si me faltan muchas de las cosas buenas de la vida.	1	2	3	4	5	6	7
38. Es muy importante lo que otras personas piensan de mí.	1	2	3	4	5	6	7
39. Estar aislado/a de los demás termina por llevar a la infelicidad.	1	2	3	4	5	6	7
40. Puedo encontrar la felicidad sin ser amado/a por otra persona.	1	2	3	4	5	6	7

ESCALA DE DESESPERANZA (HS)

(Beck 1974; adaptación de Aguilar et al. 1995)

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha: _____

Por favor, señale si las siguientes afirmaciones se ajustan o no a su situación personal. Las opciones de respuestas son verdadero o falso.

1. Espero el futuro con entusiasmo y esperanza.	V	F
2. Debería dejarlo porque no puedo.	V	F
3. Cuando las cosas van mal, me ayuda saber que no hay nada que dure siempre.	V	F
4. No puedo imaginar que mi vida podría mantenerse igual durante diez años.	V	F
5. Tengo suficiente tiempo para realizar las cosas que deseo hacer.	V	F
6. En lo que a mí respecta, espero más éxitos en el futuro.	V	F
7. Mi futuro parece oscuro.	V	F
8. Espero obtener más cosas buenas de la vida que el promedio de la gente.	V	F
9. Ahora no tengo ninguna oportunidad y no hay razón para creer que la tenga en el futuro.	V	F

10. Mis experiencias pasadas me han preparado bien para mi futuro.	V	F
11. Todo lo que veo delante de mí es más desagradable que agradable.	V	F
12. No espero conseguir lo que realmente quiero.	V	F
13. Cuando miro adelante, al futuro, espero ser más feliz de lo que lo soy ahora.	V	F
14. Las cosas no se solucionan de la forma que yo quiero.	V	F
15. Tengo gran fe en el futuro.	V	F
16. Como nunca obtengo lo que deseo, es estúpido desear cualquier cosa.	V	F
17. Es muy improbable que pueda obtener cualquier satisfacción real en el futuro.	V	F
18. Mi futuro parece vago e incierto.	V	F
19. Puedo esperar más buenos tiempos que malos.	V	F
20. En realidad, no tiene sentido tratar de conseguir cualquier cosa que desee, ya que probablemente no la voy a obtener.	V	F

Anexo 4

CUESTIONARIO DE SIMILITUDES

(Ballester y Botella)

Nombre: _____ Fecha: _____

Elija un número de la escala que hay a continuación para mostrar cuán similares son los efectos de la hiperventilación y sus ataques de pánico.

- 0 -	- 1 -	- 2 -	- 3 -	- 4 -	- 5 -	- 6 -	- 7 -	- 8 -	- 9 -	- 10 -
Nada similares	Algo similares	Bastante similares	Muy iguales	Exactamente						

Si los efectos de la hiperventilación no fueran exactamente los mismos que sus ataques de pánico, por favor, rodee con un círculo la frase que mejor describa cómo difieren de estos. Si las frases 2 o 3 fueran ambas correctas rodee las dos:

1. Tuve las mismas sensaciones que tengo normalmente durante mis ataques de pánico, pero fueron menos intensas.
2. Tuve algunas sensaciones durante y/o después de hiperventilar que normalmente no tengo durante mis ataques. Las sensaciones diferentes fueron (por favor, enumérelas a continuación).
3. Hay algunas sensaciones que normalmente tengo en mis ataques y que no aparecieron durante y/o después de hiperventilar. Las sensaciones diferentes fueron (escríbalas a continuación).

Anexo 5

REGISTRO DE PARES ASOCIADOS (RPA)

(Ballester 1992)

Nombre: _____ Fecha: _____

Edad: _____ Población: _____

A continuación, le presentamos una escala de ansiedad que va de 0 a 10. Por favor, señale sobre ella el grado de ansiedad que usted experimenta en estos momentos, sabiendo que 0 significa que usted no siente la menor ansiedad y 10 que su ansiedad es la máxima que podría tener.

- 0 - - 1 - - 2 - - 3 - - 4 - - 5 - - 6 - - 7 - - 8 - - 9 - - 10 -

Nada

Ansiedad máxima

A continuación podrá ver una serie de síntomas o sensaciones que nos gustaría que evaluara según la intensidad con que usted las está experimentando. Coloque una cruz después de leer cada sensación en la columna adecuada.

	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Falta de aire				
2. Sensación de asfixia o atagantamiento				
3. Palpitaciones o taquicardia				
4. Dolor o molestias en el pecho				
5. Sudoración				
6. Debilidad				
7. Mareo, vértigo o sensación de inestabilidad				
8. Náuseas o molestias abdominales				
9. Sensación de irrealidad				
10. Entumecimiento o sensación de hormigueo				
11. Acaloramientos o escalofríos				
12. Temblores o estremecimiento				
13. Miedo a morir				
14. Miedo a enloquecer o a perder el control				

LISTA DE PARES ASOCIADOS

Falta de aire – Asfixia	Palpitaciones – Morir
Presión en el pecho – Ataque cardíaco	Presión en el pecho – Ataque de corazón
Entumecimiento – Ataque	Palpitaciones – Morir
Vértigo – Desmayo	Irrealidad – Locura
Palpitaciones – Morir	Palpitaciones – Morir
Falta de aire-Asfixia	Vértigo – Desmayo
Entumecimiento – Ataque	Opresión de pecho – Ataque cardíaco

Vértigo – Desmayo	Irrealidad – Locura
Irrealidad – Locura	Entumecimiento – Ataque
Palpitaciones – Morir	Palpitaciones – Morir
Entumecimiento – Ataque	Irrealidad – Locura
Opresión en el pecho – Ataque cardíaco	Entumecimiento – Ataque
Vértigo – Desmayo	Opresión en el pecho – Ataque cardíaco
Palpitaciones – Morir	Palpitaciones – Morir
Falta de aire – Asfixia	Falta de aire – Asfixia
	Irrealidad – Locura

Ahora, tras haber leído los pares asociados, le volvemos a pedir que evalúe su ansiedad en una escala de 0 a 10 del mismo modo en que lo hizo antes.

- 0 -	- 1 -	- 2 -	- 3 -	- 4 -	- 5 -	- 6 -	- 7 -	- 8 -	- 9 -	- 10 -
Nada										Ansiedad máxima

Por último, le presentamos de nuevo la lista de sensaciones que usted rellenó antes, intente volver a evaluar ahora la intensidad con que sienta cada una de las sensaciones que aparecen en esta lista.

	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Falta de aire				
2. Sensación de asfixia o atragantamiento				
3. Palpitaciones o taquicardia				
4. Dolor o molestias en el pecho				
5. Sudoración				
6. Debilidad				
7. Mareo, vértigo o sensación de inestabilidad				
8. Náuseas o molestias abdominales				
9. Sensación de irrealidad				

	Nada	Algo	Bastante	Mucho
10. Entumecimiento o sensación de hormigueo				
11. Acaloramientos o escalofríos				
12. Temblores o estremecimiento				
13. Miedo a morir				
14. Miedo a enloquecer o a perder el control				

Anexo 6

HOJA DE EXPECTATIVAS ANTE LA TAREA DEL DISCURSO (I y II)

TAREA DEL DISCURSO (I)

Nombre: _____ Terapeuta: _____

Fecha: _____

A continuación va usted a dar una charla de 10 minutos ante un grupo desconocido de personas. Es importante que intente hablar durante los 10 minutos, aunque sabe que si se pone muy nervioso/a podrá dejarlo después de 3 minutos obligatorios de charla.

Antes de empezar responda, por favor, a estas preguntas:

1. En líneas generales, y según la siguiente escala, ¿cómo cree que será su actuación en la tarea?

- 1 -	- 2 -	- 3 -	- 4 -	- 5 -	- 6 -	- 7 -
Nula	Muy pobre	Pobre	Regular	Buena	Muy buena	Excelente

2. En una escala de 0 a 10 y teniendo en cuenta la siguiente valoración, ¿cuál es su estado de ansiedad en este momento?

- 0 -	- 1 -	- 2 -	- 3 -	- 4 -	- 5 -	- 6 -	- 7 -	- 8 -	- 9 -	- 10 -
Ninguna ansiedad		Ligera ansiedad			Ansiedad moderada			Ansiedad máxima		

3. En una escala de 0 a 10 y teniendo en cuenta la siguiente valoración, ¿cuánto desearía usted evitar esta situación?

- 0 -	- 1 -	- 2 -	- 3 -	- 4 -	- 5 -	- 6 -	- 7 -	- 8 -	- 9 -	- 10 -
Nada	Un poco	Algo	Bastante	Totalmente						

4. En una escala de 0 a 10 y teniendo en cuenta la siguiente valoración, ¿cuál cree que será su estado de ansiedad cuando esté dando la charla?

- 0 -	- 1 -	- 2 -	- 3 -	- 4 -	- 5 -	- 6 -	- 7 -	- 8 -	- 9 -	- 10 -
Ninguna ansiedad		Ligera ansiedad			Ansiedad moderada			Ansiedad máxima		

Relajación. Ninguna ansiedad.	0
Ligera ansiedad que no afectará a la tarea.	2-3
Ansiedad moderada, pero podré seguir adelante.	5
Mi ansiedad se notará claramente y me costará seguir adelante con la tarea.	7-8
La ansiedad me afectará tanto que querré dejarlo.	10

5. ¿Cree usted que podría llegar a experimentar un ataque de pánico una vez esté dando la charla?

SÍ _____ NO _____

En caso afirmativo, ¿con cuánta seguridad lo cree?

-0-	-1-	-2-	-3-	-4-	-5-	-6-	-7-	-8-	-9-	-10-
Nada	Un poco	Algo	Bastante	Totalmente						

¿Cuál cree que puede ser la intensidad de dicho ataque?

-0-	-1-	-2-	-3-	-4-	-5-	-6-	-7-	-8-	-9-	-10-
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

6. Explique brevemente qué es lo que realmente teme de la situación que le pedimos que afronte.

TAREA DEL DISCURSO (II)

Después de realizar la tarea responda, por favor, a estas preguntas:

En líneas generales, y según la siguiente escala, ¿cómo cree que ha sido su actuación en la tarea?

-1-	-2-	-3-	-4-	-5-	-6-	-7-
Nula	Muy pobre	Pobre	Regular	Buena	Muy buena	Excelente

En una escala de 0 a 10 y teniendo en cuenta la siguiente valoración, ¿cuál ha sido el grado de ansiedad experimentado mientras daba la charla?

- 0 -	- 1 -	- 2 -	- 3 -	- 4 -	- 5 -	- 6 -	- 7 -	- 8 -	- 9 -	- 10 -
Ninguna ansiedad		Ligera ansiedad			Ansiedad moderada					Ansiedad máxima

Relajación. Ninguna ansiedad.	0
Ligera ansiedad que no afectará a la tarea.	2-3
Ansiedad moderada, pero podré seguirá adelante.	5
Mi ansiedad se notará claramente y me costará seguir adelante con la tarea.	7-8
La ansiedad me afectará tanto que querré dejarlo.	10

En una escala de 0 a 10 y teniendo en cuenta la siguiente valoración, ¿cuánto deseó usted escapar de la situación?

- 0 -	- 1 -	- 2 -	- 3 -	- 4 -	- 5 -	- 6 -	- 7 -	- 8 -	- 9 -	- 10 -
Nada	Un poco	Algo	Bastante	Totalmente						

¿Experimentó un ataque de pánico?

SÍ _____ NO _____

En caso afirmativo, ¿cuál fue la intensidad de dicho ataque?

- 0 -	- 1 -	- 2 -	- 3 -	- 4 -	- 5 -	- 6 -	- 7 -	- 8 -	- 9 -	- 10 -
-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	--------

De las cosas que temía, ¿cuáles han ocurrido realmente?

EVALUACIÓN DE LA TAREA DEL DISCURSO

Nombre: _____ Evaluador: _____

Fecha: _____

Temas: N.º _____ Temas escogidos:

N.º _____ N.º _____

N.º _____ N.º _____

N.º _____ N.º _____

N.º _____ N.º _____

TIEMPO DE HABLA (minutos): _____

¿Se ha detenido antes de los 3 minutos? SÍ NO

CONTENIDO

¿Se ha ajustado a los temas elegidos? SÍ NO

¿De cuántos temas ha hablado? Uno Dos Tres

¿Ha seguido un orden en el discurso? SÍ NO

COMPONENTE VERBAL

• Volumen
¿Se podía oír claramente al sujeto? SÍ NO

• Entonación
¿Adecuada? SÍ NO
¿Tono monocorde? SÍ NO

• Fluidez
¿Vacilaciones? SÍ NO
¿Falsos comienzos? SÍ NO

¿Repetición de muletillas?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Tartamudeo?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Repeticiones?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Vocalización?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Pausas adecuadas?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Atropella las palabras?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Lentitud?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

COMPONENTE VERBAL

- Mirada

¿Establece contacto ocular?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Hace «barridos de audiencia»?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

- Expresión facial

¿Adecuada al contenido?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Sonrisa?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Ceñuda o tensa?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Seria?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Rubor?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

- Manos

¿Puntuando y/o enfatizando?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Quietas (por ejemplo, en los bolsillos)?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Se las retuerce?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Gesticulación excesiva y/o innecesaria?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

- Postura

¿Acercamiento?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Relajada?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Tics?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

En líneas generales, y según la siguiente escala, ¿cómo evaluaría la ejecución del sujeto en la tarea?

- 1 -	- 2 -	- 3 -	- 4 -	- 5 -	- 6 -	- 7 -
-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

Nula	Muy pobre	Pobre	Regular	Buena	Muy buena	Excelente
------	-----------	-------	---------	-------	-----------	-----------

En una escala de 0 a 10 y teniendo en cuenta la siguiente valoración, ¿cuál diría que era el estado de ansiedad del sujeto ante la tarea?

- 0 -	- 1 -	- 2 -	- 3 -	- 4 -	- 5 -	- 6 -	- 7 -	- 8 -	- 9 -	- 10 -
Ninguna ansiedad			Ligera ansiedad			Ansiedad moderada			Ansiedad máxima	

Relajación. Ninguna ansiedad.	0
Ligera ansiedad que no interfiere con la tarea.	2-3
Ansiedad moderada, pero el sujeto sigue adelante.	5
La ansiedad se manifiesta claramente y el sujeto tiene problemas para seguir adelante con la tarea.	7-8
La ansiedad deteriora visiblemente la ejecución del sujeto, que manifiesta deseos de escapar.	10

OBSERVACIONES

MECANISMOS POR MEDIO DE LOS CUALES LAS CONDUCTAS DE SEGURIDAD MANTIENEN LOS SÍNTOMAS DE ANSIEDAD

(Wells 1997)

1. **Los síntomas aumentan.** Una persona que teme tartamudear e intenta evitarlo pronunciando perfectamente las palabras es muy probable que se equivoque y tartamudee mucho más.
2. **No se desconfirma el pensamiento negativo.** Una persona que cree: «Si sudo los demás se darán cuenta, y me rechazarán», y para evitarlo lleva puesta una chaqueta, consigue que no le vean el sudor pero nunca sabrá si, al verle sudar, los demás le rechazarán.
3. **La atención permanece centrada en uno mismo.** La persona está continuamente pendiente de que no se produzca lo que teme (por ejemplo, no decir tonterías), de modo que al centrarse en su estrategia para evitar que eso ocurra (por ejemplo, repasar mentalmente todas las frases que va a decir) le resulta muy difícil permanecer atenta a otros aspectos importantes de la situación.
4. **La persona cree que no se han producido las consecuencias negativas por su conducta de seguridad y no por otras razones.** Una persona que apoya sus manos en la mesa para no temblar mientras habla (porque si los demás lo notan pensarán que es tonta) y recibe atención e incluso es felicitada al acabar lo atribuirá a que al apoyar las manos los demás no la han podido juzgar negativamente (no la han visto temblar), y no debido a que les ha parecido interesante lo que ha dicho.

EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN: EJEMPLOS DE AUTO-REGISTROS

1. Registro de pensamientos, emociones y conductas

Fecha	Situación	Emoción. Intensidad (0-10)	Pensamientos. Creencia (0-100 %)	Comportamiento	Consecuencia

2. Registro de pensamientos II

Fecha	Situación	Emoción. Intensidad (0-10)	Pensamientos. Creencia (0-100 %)	Respuesta racional. Creencia (0-100 %)	Resultado - Creencia pensamiento negativa (0-100 %) - Emoción e intensidad (0-10)

3. Registro de pensamientos distorsionados y alternativos (técnica de las tres columnas)

Pensamiento negativo	Distorsión cognitiva	Pensamiento alternativo

4. Registro de actividades diarias

Fecha y hora	Actividad	Dominio (0-10)	Agrado (0-10)	Duración	Pensamientos

EL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS EMOCIONALES:

Tabla de objetivos específicos y metas manejables

Identificando tus objetivos y tus metas

Objetivo general:

Objetivos específicos:

-

-

Pasos para llegar al objetivo específico 1:

- Paso 1:

- Paso 2:

- Paso 3:

- Paso 4:

Pasos para llegar al objetivo específico 2:

- Paso 1:

- Paso 2:

- Paso 3:

- Paso 4:

Recuerda, es fundamental que te plantees una serie de objetivos y los pasos para lograrlos. Si más adelante consideras necesario añadir algo o especificar más los objetivos o profundizar en alguno de ellos podrás hacerlo. Por el momento, te recomendamos que pongas todo tu interés en hacer este ejercicio y en ir pensando los objetivos que quieres lograr con la terapia.

Ejercicio: Registro de los tres componentes de las emociones

Sensaciones físicas/sentimientos
(lo que siento)

Pensamientos
(lo que pienso)

Comportamientos (CIDE)
(lo que hago)

The diagram consists of three rectangular boxes with rounded corners, each containing text. The top box is centered and contains the text 'Sensaciones físicas/sentimientos (lo que siento)'. Below it is a large, empty oval. The middle row contains two rectangular boxes: the left one contains 'Pensamientos (lo que pienso)' and the right one contains 'Comportamientos (CIDE) (lo que hago)'. Below these two boxes are two large, empty ovals, one on the left and one on the right, positioned directly under their respective boxes above.

