

Arthur E. Jongsma, Jr. EDITOR DE LA SERIE

PLANES DE TRATAMIENTO PARA LA PSICOTERAPIA CON ADULTOS

UNA HERRAMIENTA CON LA QUE AHORRARÁ TIEMPO,
EN LA QUE ENCONTRARÁ:

- Planes de tratamiento para 43 problemas conductuales motivo de consulta
- Más de 1.000 metas, objetivos e intervenciones de tratamiento
- Una guía paso a paso para diseñar planes de tratamiento válidos para organismos de financiación, aseguradoras y otras instituciones
- Nuevos **tratamientos basados en la evidencia** como exigen muchos organismos sanitarios públicos y aseguradoras privadas



Arthur E. Jongsma, Jr. y L. Mark Peterson
Timothy J. Bruce, EDITOR COLABORADOR

PLANES DE TRATAMIENTO PARA LA PSICOTERAPIA CON ADULTOS

Arthur E. Jongsma, Jr.

L. Mark Peterson

Timothy J. Bruce, editor colaborador

Publicado originalmente en inglés por John Wiley & Sons, Inc., Hoboken, Nueva Jersey.

Límite de responsabilidad / Renuncia de garantía: A pesar de que el editor y el autor han invertido todos sus esfuerzos en la preparación del presente libro, no realizan ninguna representación ni ofrecen ninguna garantía con respecto a la exactitud o al carácter completo de los contenidos del presente libro, y específicamente renuncian a las garantías tácitas de comerciabilidad o adecuación para un fin particular. Ningún representante de ventas o material comercial pueden crear ni extender ninguna garantía.

Los consejos y estrategias contenidos en la presente obra pueden no adecuarse a su situación. Debe consultar con un profesional cuando su situación lo requiera. El editor y el autor no se considerarán responsables de ninguna pérdida de beneficios ni de ningún otro perjuicio comercial, incluido pero no limitado a daños especiales, incidentales, consiguientes u otros.

La finalidad de esta publicación es ofrecer información precisa y autorizada sobre el tema tratado. Se vende con el beneplácito de que el editor no está ofreciendo servicios profesionales. En caso de necesitar la asistencia de un experto legal, contable, médico, psicológico o de cualquier otro tipo, se deberá recurrir a los servicios de un profesional competente.

Los nombres utilizados por las empresas para referirse a sus productos suelen estar sujetos a marcas registradas. En todos los casos en que el editor tiene conocimiento de tal derecho, el nombre de los productos aparece en mayúscula (la inicial o el nombre entero). El lector, sin embargo, debe ponerse en contacto con las empresas correspondientes para recibir información más completa sobre las marcas registradas y su registro.

Todas las referencias a los códigos diagnósticos se reproducen con la autorización de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. Copyright© 2000 American Psychiatric Association.

Todos los derechos reservados. Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra sólo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley.

Título original: *The Complete Adult Psychotherapy Treatment Planner, Fourth Edition*

© Arthur E. Jongsma y L. Mark Peterson, 2006. Todos los derechos reservados.

Derechos exclusivos de publicación en español:

© EDITORIAL ELEFThERÍA, S.L. 2013

Pau Clarís 184, ppal. 2ª

08037 Barcelona

www.editorialeleftheria.com

Primera edición: Febrero 2013

Diseño cubierta: Juan Mauricio Restrepo

ISBN: 978-84-940250-6-8

Depósito legal: B. 3986-2013

Dedicamos este libro a los profesores y mentores que más nos influyeron al inicio de nuestra trayectoria profesional.

ÍNDICE

Prólogo de la serie *Protocolos de psicoterapia*

Prefacio de la serie *Protocolos de psicoterapia*

Agradecimientos

Introducción

Ejemplo de Plan de tratamiento

Abuso sexual

Ansiedad 

Baja autoestima

Comportamiento Tipo A 


Conducta antisocial

Conflicto familiar

Conflictos en las relaciones íntimas 

Conflictos legales

Confusión espiritual

Crianza de los hijos 

Déficits cognoscitivos

Déficits educativos

Dependencia

Dependencia de sustancias 


Dependencia de sustancias – Recaída

Depresión 

Disfunción sexual femenina 

Disfunción sexual masculina 

Disociación

Dolor crónico 

Duelo / pérdida no resuelto

Estrés económico

Estrés profesional

Fobia 

Ideación paranoide

Ideación suicida

Identidad sexual confusa - Adulto


Malestar social ▾
Manejo de la ira ▾
Manía o hipomanía ▾
Pánico / Agorafobia ▾
Personalidad límite ▾
Problemas biográficos
Problemas médicos
Psicoticismo
Somatización ▾
Trastorno de la conducta alimentaria ▾
Trastorno del control de los impulsos
Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) ▾
Trastorno por déficit de atención (TDA) – Adulto
Trastorno por estrés postraumático (TEPT) ▾
Trastorno del sueño ▾
Traumas infantiles

Apéndice A: Biblioterapia sugerida

Apéndice B: Referencias profesionales de los capítulos basados en la evidencia

Apéndice C: Índice de los códigos DSM-IV asociados con los problemas objeto de consulta

Nota

 indica que los objetivos / intervenciones seleccionados coinciden con los de los tratamientos basados en la evidencia.

PRÓLOGO A LA SERIE *PROTOSCOLOS DE PSICOTERAPIA*

La práctica de la psicoterapia y el ejercicio clínico es un arte no exento de método. Para el ejercicio clínico y la práctica de la psicoterapia, es esencial que se cree el encuadre – *setting* - entre el cliente y el profesional que es la relación misma y cuyos ingredientes básicos son la confianza y la confidencialidad. Esta confianza necesaria se basa a su vez en una relación humana auténtica, en la que idealmente la comunicación ha de fluir en ambos sentidos, y en la profesionalidad del clínico que es suma de la preparación técnica, una claridad sobre cuál es la tarea que ha de realizar y un ejercicio del rol adecuado.

Es de todos conocido la importancia que en las últimas décadas ha adquirido lo que de forma reiterada encontramos en conferencias, artículos y libros especializados: la práctica de la *medicina basada en la evidencia* (Evidence based medicine, EBM, en la nomenclatura anglosajona) en general, y en la Psiquiatría y Psicoterapia, en particular. En términos contemporáneos, se considera esencial que las decisiones y formulaciones de los casos y posterior cumplimiento de los planes de tratamiento se basen en la evidencia sobre efectividad y eficacia acumulada en la investigación, se sustenten en la experiencia clínica del profesional e incluyan consideraciones sobre el paciente particular (Kazdin, 2008)*.

El avance de las investigaciones en Psiquiatría y Psicología ha sido tal en los últimos 50 años y son tantos los artículos científicos, revistas y hallazgos que se publican día a día, que al profesional de a pie se nos hace imprescindible contar con revisiones de revisiones, guías clínicas y libros que, extracten, resuman y compendien los resultados de los estudios y los consensos más comúnmente aceptados por los expertos.

Una brecha difícil de superar también para el profesional que continuamente se enfrenta a los problemas y dilemas que los pacientes y sus familias traen a nuestras consultas, es cómo transferir los datos de la investigación a la realidad humana y clínica de nuestros despachos y hacerla compatible con la no desdeñable experiencia profesional. Kazdin (2008), llama la atención al hecho de que cuando el profesional formado e informado trata de elaborar un plan de tratamiento ajustado específicamente para los problemas y situación de un paciente dado, suele intentar una forma de procedimiento ecléctico en el que aúna diversas técnicas y recursos. Sin embargo, no encuentra procedimientos fiables y replicables que le ayuden en la tarea de aplicación e individualización de los tratamientos.

Por todos estos motivos, obras como las promovidas por el editor de la serie *Protocolos de psicoterapia* son tan útiles para aquellos clínicos que buscamos guías basadas en la evidencia, que incluyan los más recientes consensos profesionales y que ofrezca material extractado que nos facilite su ejercicio diario.

En el prefacio y la introducción de esta edición los autores hacen referencia a otro aspecto que, aunque se da de forma más radicalizada en la sociedad estadounidense, ocurre igualmente en España y en otros países: la exigencia de responsabilidad. La ya compleja tarea del profesional de la salud mental, se ve comprometida porque cada vez más se le demanda que justifique y explique lo que hace y por qué. Esta exigencia proviene no sólo de los pacientes y familiares sino de, cada vez más numerosas y variadas instituciones y agencias intermediarias implicadas en la provisión de servicios, supervisión de la calidad, control del gasto, impartición de justicia, etc.

Los *Protocolos de psicoterapia* nos proveen a los clínicos de recursos necesarios para proporcionar un cuidado de calidad a nuestros clientes/pacientes en un momento en el que la exigencia de responsabilidad y la necesidad de justificación es elevada.

La iniciativa de la Editorial Elefthería de traducir estos ejemplares de una serie que ha tenido una acogida extraordinaria entre los profesionales de habla inglesa es acertada y muy oportuna. Es un hecho, que el número de títulos especializados traducidos al castellano (la segunda lengua más hablada del mundo por personas que lo tienen como lengua materna) es muy pequeño en relación a los importantes trabajos que son publicados en otras lenguas. Textos que se consideran fundamentales en la formación de los profesionales de la salud mental en todo el mundo, no están aún traducidos al castellano. El trabajo de selección y traducción de esta serie de libros es un acierto e iniciativa valiente que va ser reconocida por numerosos lectores de habla hispana.

Estos libros serán útiles a cuatro tipos de lectores: a los residentes de psiquiatría y otros profesionales en formación en cualquiera de las disciplinas de la salud mental; a sus profesores y directores de estos programas, como herramientas para sus enseñanzas; a los psiquiatras y otros profesionales de la salud mental que desean tener un soporte que complemente y apoye su práctica diaria y en el que revisar y actualizar sus conocimientos sobre los múltiples aspectos de su práctica diaria y que desean incorporar los más recientes consensos y aportaciones de la investigación y; por fin, a los alumnos de las carreras relacionadas con el campo de la salud mental.

Finalmente, celebro que de entre todos los temas monográficos publicados a día de hoy en la serie inglesa de *Practice Planners*, los editores hayan elegido comenzar con aquellos más esenciales y que cubren prácticamente todas las áreas de especialización por espectro de edad: psicoterapia del adulto, del adolescente y del niño. Se suma a estos tres el monográfico para la planificación terapéutica de un dilema omnipresente en la clínica: el de las adicciones. En definitiva, una completa selección que dotará al lector de recursos que facilitarán su práctica clínica y elevarán la calidad de los servicios que

ofrecen a sus pacientes/clientes.

Dra. Ana María Ruiz Sancho
Médico psiquiatra

Nota

*Kazdin AE (2008) *Evidence-Based Treatment and Practice. A New Opportunities to Bridge Clinical Research and Practice, Enhance the Knowledge Base, and Improve Patient Care. American Psychologist* 63 (3), 146-159.

PREFACIO DE LA SERIE

PROTOCOLOS DE PSICOTERAPIA

En la práctica de la psicoterapia, la rendición de cuentas es una dimensión importante. Los programas de tratamiento, los organismos públicos, las clínicas y los profesionales deben justificar y documentar sus planes de tratamiento ante organismos externos de revisión para que sus servicios les sean reembolsados. Los libros de la serie *Manuales temáticos de psicología clínica* se han diseñado para ayudar a los profesionales a completar esa documentación de manera eficiente y profesional.

La serie *Manuales temáticos de psicología clínica* incluye un gran abanico de libros con planes de tratamientos, no sólo los originales *Planes de tratamiento para la psicoterapia con adultos*, *Planes de tratamiento para la psicoterapia con niños*, *Planes de tratamiento para la psicoterapia con adolescentes*, sino también planes de tratamiento dedicados a un amplio abanico de áreas de especialidad, como por ejemplo:

- Adicciones
- Asistencia a los trabajadores
- Cuidado de los hijos
- Educación especial
- Enfermedad mental grave y continua
- Estudiantes universitarios
- Evaluación de riesgos de suicidio y homicidio
- Formación en la primera infancia
- Gays y lesbianas
- Justicia y hogares juveniles
- Libertad condicional
- Medicina conductual
- Neuropsicología
- Personas mayores
- Psicofarmacología
- Retraso mental y trastorno en el desarrollo
- Terapia de grupo
- Terapia de pareja
- Terapia escolar
- Terapia espiritual
- Terapia familiar
- Terapia para crisis
- Trastornos concomitantes
- Trastornos de la personalidad

- Víctimas de abusos sexuales y agresores

El objetivo de nuestra serie es proporcionar a los profesionales los recursos que necesitan para ofrecer servicios de calidad en una época en que la rendición de cuentas es tan importante. Para decirlo de manera simple, queremos ayudarle a pasar más tiempo con los clientes y menos con el papeleo.

Arthur E. Jongsma, Jr.
Grandes Rápidos (Michigan)

AGRADECIMIENTOS

He aprendido que es mejor reconocer nuestros puntos débiles y buscar a personas cuyos puntos fuertes nos complementen. He tenido la gran suerte de encontrar a la persona adecuada que ha aportado a este proyecto sus conocimientos sobre los tratamientos basados en la evidencia. Ha contribuido de forma inteligente y reflexiva a mejorar sobremanera nuestro libro *Planes de tratamiento para la psicoterapia con adultos*, mediante sus correcciones y adiciones a nuestro contenido, para alinearlo con las más recientes investigaciones en psicoterapia. Ha mantenido un enfoque rigurosamente profesional siendo al mismo tiempo alguien con el que ha sido una alegría trabajar, gracias a su fantástico sentido del humor. Desde el inicio de esta revisión, he dicho a mucha gente: “Este tipo conoce realmente la literatura”. Para una persona como yo, que ha pasado toda su carrera en las trincheras de la psicoterapia, es un placer retomar el contacto con mis raíces científicas trabajando con un científico clínico según el modelo Boulder. Me quito el sombrero ante ti, Dr. Tim Bruce. Has elevado nuestro producto a un nuevo nivel de aportación para los médicos que buscan tratamientos basados en la evidencia. Tus estudiantes son afortunados de tenerte como mentor y nosotros lo somos también por tenerte como editor colaborador. ¡Gracias!

AEJ

Quiero dejar constancia de lo honrado que me siento de haber tenido la oportunidad de trabajar con Art Jongsma, su colega Sue Rhoda y el personal de la editorial John Wiley and Sons en estos tan conocidos y bien considerados planes de tratamiento. Estos libros son ampliamente reconocidos como obras de enorme valor para los médicos y como fantásticas herramientas pedagógicas para los estudiantes de nuestra profesión. No conocía a Art cuando me pidió que me uniera a él en la realización de estas publicaciones, y la tarea que él tenía en mente (ayudarle a documentar empíricamente los objetivos y las intervenciones) era abrumadora. Sabía que sería un reto mantener la rica amplitud de opciones que Art había ofrecido en ediciones pasadas e intentar identificar y describir al mismo tiempo las características fundamentales de los tratamientos de base empírica identificados. Aunque he estudiado los enfoques relativos a los tratamientos sostenidos empíricamente, he contribuido a la literatura y los he utilizado a lo largo de mi carrera profesional, reconozco que nuestro producto está abierto a las críticas. Puedo afirmar que hemos hecho todo lo posible para ofrecer a nuestros colegas y a sus clientes un recurso práctico, flexible, y que tenga en cuenta las complejidades de todos los enfoques de tratamiento que contiene. Y en el proceso de trabajar con Art y Sue para lograr estos objetivos, he descubierto no sólo que son dos consumados profesionales, sino que además son unas personas consideradas, aplicadas y amables. Ha sido un gran placer trabajar con vosotros, Art y Sue, y es todo un privilegio poder consideraros

amigos míos.

TJB

PLANES DE TRATAMIENTO PARA LA PSICOTERAPIA CON ADULTOS

INTRODUCCIÓN

SOBRE LOS PLANES DE TRATAMIENTO PARA LA PSICOTERAPIA CON ADULTOS

La presión por parte de los organismos de financiación, agencias de acreditación y otras entidades externas ha hecho que los médicos deban elaborar de forma rápida planes de tratamiento eficaces y de gran calidad. *Planes de tratamiento para la psicoterapia con adultos* proporciona todos los elementos necesarios para elaborar rápida y fácilmente planes de tratamiento formales cumpliendo los requisitos de la mayoría de organismos de financiación y agencias públicas de revisión.

Cada libro de la serie *Protocolos de psicoterapia*:

- Le ahorra horas de absorbente papeleo.
- Le ofrece la libertad de elaborar planes de tratamiento personalizados.
- Incluye más de 1.000 enunciados claros que describen las manifestaciones conductuales de cada uno de los problemas relacionales, e incluye metas a largo plazo, objetivos a corto plazo y opciones de tratamiento clínicamente probadas.
- Está diseñado en un formato de referencias fácil de usar que ayuda a localizar los elementos de los planes de tratamiento por problema conductual o diagnósticos según el DSM-IV™.

Como con el resto de libros de la serie Planes de tratamiento, nuestro objetivo es aclarar, simplificar y acelerar el proceso de planificación de los tratamientos, para que los médicos pasen menos tiempo con el papeleo y más con sus clientes.

CÓMO UTILIZAR ESTE LIBRO

Utilice el presente libro para elaborar planes de tratamiento siguiendo los seis pasos siguientes:

- 1. Selección del problema.** Aunque el cliente puede presentar varios temas durante la evaluación, el médico debe determinar los problemas más importantes sobre los que centrar el tratamiento. En general, emerge un problema primario con algunos problemas secundarios que también pueden ser evidentes. Puede que haya que dejar otros problemas de lado al no ser lo suficientemente urgentes como para requerir un tratamiento en ese momento. Para que un plan de tratamiento sea efectivo, se debe centrar solamente en unos pocos problemas seleccionados, de lo contrario el tratamiento carecerá de rumbo. Elija de este *Planes de tratamiento* el trastorno que represente con mayor exactitud los problemas objeto de consulta de su cliente.
- 2. Definición del problema.** La forma en que un problema se manifiesta conductualmente tiene matices que son únicos para cada cliente. Por consiguiente, cada problema seleccionado sobre el que centrar el tratamiento requiere una definición específica sobre cómo se manifiesta en ese cliente concreto. El patrón de síntomas debe asociarse con los criterios diagnósticos y los códigos del *DSM-IV* o la Clasificación Internacional de Enfermedades. Este libro ofrece este tipo de definiciones conductuales específicas para que elija entre ellas o para que sean la base de sus propias descripciones.
- 3. Desarrollo de las metas.** El siguiente paso en la elaboración de su plan de tratamiento es establecer metas amplias para la resolución del problema objetivo. En este caso, las frases no deben establecerse en términos cuantificables sino que pueden ser metas globales, a largo plazo, que indiquen un resultado positivo deseable del tratamiento. Este libro ofrece varias definiciones de objetivos posibles para cada problema, aunque en un plan de tratamiento sólo se necesite uno.
- 4. Construcción de los objetivos.** A diferencia de las metas a largo plazo, los objetivos se deben redactar en un lenguaje cuantificable conductualmente para que las agencias de revisión, las sociedades médicas y las compañías aseguradoras tengan claro cuándo ha logrado el cliente los objetivos marcados. Los objetivos presentados en esta obra están pensados para cumplir con este requisito de rendición de cuentas. Se presentan numerosas alternativas para permitir la elaboración de diferentes posibilidades de planes de tratamiento para un mismo problema objeto de consulta.
- 5. Creación de las intervenciones.** Las intervenciones son las acciones del médico


orientadas a ayudar al cliente a lograr los objetivos. Debe haber al menos una intervención para cada objetivo. Si el cliente no logra el objetivo después de la intervención inicial, se deben añadir nuevas intervenciones al plan. Las intervenciones se deben seleccionar sobre la base de las necesidades del cliente y de todo el repertorio terapéutico del terapeuta. El presente libro contiene intervenciones desde un amplio abanico de enfoques terapéuticos, y animamos al terapeuta a escribir otras intervenciones fruto de su formación y experiencia. Algunas de las intervenciones sugeridas en el libro se refieren a obras cuya lectura se puede recomendar a los clientes como biblioterapia de apoyo. En el Apéndice A aparece la bibliografía de estos materiales, incluidas estas dos populares obras: *Read Two Books and Let's Talk Next Week: Using Bibliotherapy in Clinical Practice (2000)*, de Maidman y Di-Menna y *Rent Two Films and Let's Talk in the Morning: Using Popular Movies in Psychotherapy, Second Edition (2001)*, de Hesley and Hesley (ambos publicados por Wiley). Para más información sobre los libros de autoayuda, los profesionales de la salud mental pueden consultar *The Authoritative Guide to Self-Help Resources in Mental Health, Revised Edition (2003)*, de Norcross et al. (disponible en The Guilford Press, Nueva York).

- 6. Determinación del diagnóstico.** La determinación del diagnóstico adecuado se basa en la evaluación de la presentación clínica completa del cliente. El médico debe comparar los síntomas conductuales, cognoscitivos, emocionales e interpersonales que presenta el cliente con los criterios para el diagnóstico de las enfermedades mentales del *DSM-IV*. A pesar de las críticas sobre el hecho de diagnosticar de este modo a los clientes, el diagnóstico es una realidad que existe en el mundo de la salud mental, y es necesario para el reembolso de los servicios por parte de organismos terceros. El conocimiento riguroso del médico de los criterios de *DSM-IV* y la completa comprensión de los datos de evaluación del cliente es lo que contribuye a que el diagnóstico sea válido y fiable.

¡Felicidades! Una vez completados estos seis pasos, tendrá un plan de tratamiento completo e individualizado listo para ser inmediatamente implementado y presentado al cliente. Al final de esta introducción, encontrará como ejemplo un plan de tratamiento del trastorno límite de la personalidad.

INCORPORACIÓN DE LOS TRATAMIENTOS BASADOS EN LA EVIDENCIA EN *PLANES DE TRATAMIENTO PARA LA PSICOTERAPIA CON ADULTOS*

Los tratamientos basados en la evidencia (es decir, los tratamientos cuya eficacia ha quedado comprobada científicamente en ensayos clínicos) están adquiriendo una importancia creciente entre los profesionales de la salud mental porque las compañías de seguros están empezando a ofrecer pagos preferentes a las organizaciones que los utilizan. De hecho, las listas de tratamientos basados empíricamente de la División 12 del APA (Sociedad de Psicología Clínica) han sido tomadas como referencia por organismos de financiación locales y estatales, que están empezando a reembolsar exclusivamente esos tratamientos, igual que algunas compañías de seguros.

En esta edición de *Planes de tratamiento para la psicoterapia con adultos*, hemos hecho un esfuerzo para documentar empíricamente algunos capítulos destacando unos objetivos a corto plazo y unas intervenciones terapéuticas que concuerdan con las terapias cuya eficacia ha quedado demostrada en estudios empíricos. Éste es el símbolo  que indica que ese objetivo / intervención concuerda con los de los tratamientos basados en la evidencia.

Las referencias científicas constan en el Apéndice B del apartado de referencias. En Bruce and Sanderson (2009), Chambless and colleagues (1996, 1998) y Chambless and Ollendick (2001) aparecen revisados los intentos de identificar terapias basadas en la evidencia, incluidos los beneficios y los límites de tales intentos. También se incluyen referencias a manuales y libros de tratamiento orientados a terapeutas y a clientes que describen el uso paso a paso de los tratamientos incluidos basados en la evidencia y de los tratamientos que encajan con sus objetivos e intervenciones. Evidentemente, somos conscientes de que hay objetivos a corto plazo e intervenciones terapéuticas que resultan útiles para los médicos pero que todavía no se han examinado empíricamente; por esa razón, hemos incluido también aquellos que son una práctica común entre los médicos experimentados. El objetivo es proporcionar varias opciones de planes de tratamiento, algunas estudiadas empíricamente y otras que reflejan la práctica clínica común, para que el lector pueda ofrecer a cada uno de sus clientes el plan que le parezca mejor.

En muchos casos, los tratamientos basados en la evidencia son tratamientos a corto plazo orientados hacia la resolución de problemas centrados en mejorar los problemas o síntomas actuales relacionados con algo que hace sufrir o incapacita a los clientes. En consecuencia, los objetivos a corto plazo y las intervenciones terapéuticas de este tipo aparecen antes en la lista de opciones de objetivos e intervenciones. Además, algunos objetivos a corto plazo e intervenciones terapéuticas reflejan algunos componentes básicos en el enfoque de los tratamientos basados en la evidencia que siempre aparecen (por ejemplo, exposición a objetos y situaciones temidas en el caso de un trastorno fóbico; activación conductual en caso de depresión). Otros reflejan complementos al

tratamiento que se utilizan habitualmente para resolver problemas que puede que no siempre sean una característica del cuadro clínico (por ejemplo, un curso en habilidades comunicativas asertivas para un cliente con ansiedad social o deprimido cuyas dificultades con la reafirmación personal parecen contribuir a la ansiedad primaria o al trastorno depresivo). La mayoría de los objetivos a corto plazo y de las intervenciones terapéuticas asociados con los tratamientos basados en la evidencia se describen con un nivel de detalle que permite cierta flexibilidad y adaptabilidad en su aplicación concreta. Cada capítulo también incluye la posibilidad de añadir objetivos a corto plazo o intervenciones terapéuticas no enumeradas.

CRITERIOS PARA LA INCLUSIÓN DE TERAPIAS BASADAS EN LA EVIDENCIA

En esta edición no se incluyen todos los tratamientos para problemas de salud mental que han sido objeto de un estudio empírico. En general, hemos incluido tratamientos basados en la evidencia cuya base empírica ha quedado bien establecida o demostrada a un nivel más que preliminar según la definición de los autores que han identificado los tratamientos basados en la evidencia, como Chambless et al. (1996, 1998) y Nathan y Gorman (1998, 2002). Como mínimo, su eficacia ha quedado demostrada a través de un ensayo clínico o grandes series de replicación clínica cuyas características reflejen un buen diseño experimental (por ejemplo, asignación aleatoria, asignación a ciego simple, mediciones fiables y válidas, criterios claros de inclusión y exclusión, métodos diagnósticos modernos y tamaño adecuado de la muestra). Los tratamientos bien establecidos basados en la evidencia tienen generalmente más de uno de estos tipos de estudios que demuestran su eficacia así como otras características deseables, como una eficacia demostrada por grupos de investigadores independientes y la especificación de las características de los clientes para los que el tratamiento resultó efectivo. Como la literatura relativa al tratamiento de diferentes problemas avanza a ritmos distintos, los objetivos a corto plazo y las intervenciones terapéuticas que se han incluido en los tratamientos puede que tengan el mayor apoyo empírico de su campo, pero menor al que se puede encontrar en campos más estudiados. Por ejemplo, la terapia de comportamiento dialéctico (DBT) tiene el mayor nivel de respaldo empírico en las psicoterapias probadas para el trastorno límite de la personalidad, pero este nivel de evidencia es inferior al de la terapia basada en la exposición en el caso del miedo fóbico y la evitación. Ésta última, simplemente, se ha estudiado más extensamente, así que se han hecho más ensayos controlados, más repeticiones independientes, etcétera. No obstante, en la literatura sobre los resultados de la psicoterapia en el trastorno límite de la personalidad, la terapia de comportamiento dialéctico tiene claramente el mayor nivel de evidencia que apoya su eficacia y utilidad. Por consiguiente, en esta edición hemos incluido los objetivos a corto plazo y las intervenciones terapéuticas correspondientes a la terapia de comportamiento dialéctico. Finalmente, de igual modo que algunos de los objetivos a corto plazo e intervenciones terapéuticas incluidos en esta edición reflejan la práctica clínica habitual entre los médicos más experimentados, los asociados con los tratamientos basados en la evidencia reflejan la práctica común entre los médicos que usan tratamientos basados en la evidencia.

RESUMEN DE LOS CRITERIOS DE INCLUSIÓN OBLIGATORIOS Y DESEABLES DE LOS TRATAMIENTOS BASADOS EN LA EVIDENCIA

Criterios obligatorios

- Demostración de su eficacia a través de al menos un ensayo controlado aleatorio con un buen diseño experimental; o
- Demostración de su eficacia a través de una serie grande y bien diseñada de replicación clínica.

Criterios deseables

- Eficacia demostrada por más de un estudio.
- Eficacia demostrada por grupos de investigadores independientes.
- Especificación de las características de los clientes para los que el tratamiento resultó efectivo.
- Descripción clara del tratamiento.

Sigue habiendo un debate abierto sobre los tratamientos basados en la evidencia entre los profesionales de la salud mental, que no siempre están de acuerdo con cuáles son los mejores tratamientos o sobre cómo ponderar los factores que contribuyen a la consecución de buenos resultados. Algunos médicos son escépticos sobre el acierto de cambiar su práctica sobre la base de la evidencia científica, y su reticencia se ve alimentada por los problemas metodológicos de la investigación en psicoterapia. Nuestra meta, con este libro, es proporcionar un abanico de opciones de planes de tratamiento, algunos estudiados empíricamente, otros reflejo de la práctica clínica habitual, para que el lector pueda construir el plan que le parezca mejor para sus clientes concretos. Como hemos indicado anteriormente, conscientes de que hay intervenciones que los médicos consideran útiles pero que todavía no se han examinado empíricamente, hemos incluido las que reflejan la práctica común entre los profesionales experimentados.

COMENTARIO FINAL SOBRE LA ADAPTACIÓN DEL PLAN DE TRATAMIENTO A CADA CLIENTE

Un aspecto importante para la eficacia de los planes de tratamiento es que cada plan se adapte a los problemas y necesidades individuales de los clientes. Los planes de tratamiento no se deben producir en masa, aunque los clientes tengan problemas similares. Se deben considerar los puntos fuertes y débiles de cada persona, los factores de estrés individuales, la red social, las circunstancias familiares y los patrones de síntomas a la hora de desarrollar una estrategia de tratamiento. Basándonos en nuestros años de experiencia clínica, hemos reunido diferentes opciones de tratamiento. Estos enunciados se pueden combinar en miles de variaciones para elaborar planes de tratamiento detallados. Fiándose de sus propios buenos criterios, los médicos podrán seleccionar fácilmente los enunciados adecuados para las personas que estén tratando. Además, animamos a los lectores a añadir sus propias definiciones, metas, objetivos e intervenciones a las incluidas en el libro. Como con todos los libros de esta serie, esperamos que éste contribuya a promover una planificación efectiva y creativa de los tratamientos, algo que a la larga beneficiará a los clientes, a los médicos y a todas las personas relacionadas con la salud mental.

EJEMPLO DE PLAN DE TRATAMIENTO

PERSONALIDAD LÍMITE

DEFINICIONES

Una tensión de poca importancia conduce a una reacción emocional extrema (ira, ansiedad o depresión) que suele durar de varias horas a varios días.

Muestra un patrón de relaciones interpersonales intensas y caóticas.

Manifiesta acciones suicidas recidivantes, amenazas o un comportamiento de automutilación. Manifiesta sentimientos crónicos de vacío y aburrimiento.

Exhibe frecuentes estallidos de ira intensa e inadecuada.

Se siente tratado injustamente con facilidad y cree que no se puede confiar en los demás.

Analiza la mayoría de las cuestiones en términos simples (por ejemplo, bien / mal, blanco / negro, digno de confianza / decepcionante) sin tener en cuenta las circunstancias atenuantes o la complejidad de las situaciones.

METAS

Desarrollar y demostrar que puede manejar los cambios de humor.

Sustituir el pensamiento dicotómico por la capacidad de tolerar la ambigüedad en las personas y en los problemas.

Aprender y practicar las habilidades necesarias para mantener buenas relaciones interpersonales.

Poner fin a las conductas autolesivas (como el abuso de sustancias, la conducción temeraria, la desinhibición sexual, las comilonas o las conductas suicidas).

OBJETIVOS

1. Hablar abiertamente del historial de dificultades que han promovido la búsqueda de tratamiento.

2. Verbalizar que se comprende de manera exacta y razonable el proceso de terapia y las metas terapéuticas.

3. Verbalizar los antecedentes de deseos y conductas de automutilación y suicidio.

INTERVENCIONES

1. Evaluar las situaciones en que el cliente se ha sentido afligido e incapaz, e identificar las conductas (por ejemplo, actos parasuicidas, ataques de rabia, apego excesivo); los afectos (por ejemplo, cambios de humor, reacciones emocionales exageradas, vacío doloroso) y las cogniciones (por ejemplo, sesgos como el pensamiento dicotómico, la generalización excesiva y el catastrofismo) para convertirlas en el objetivo de la terapia.

2. Explorar el historial de malos tratos y/o abandonos del cliente, especialmente en la infancia.

1. Orientar al cliente hacia la terapia conductual dialéctica (TCD), destacando sus múltiples facetas (por ejemplo, apoyo, colaboración, reto, resolución de problemas, refuerzo de capacidades) y hablar de la visión dialéctica / biosocial de la personalidad límite, destacando la influencia de la propia constitución y las influencias sociales sobre sus características (ver *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality* de Linehan).

1. Explorar la naturaleza y el historial de la conducta de automutilación del cliente.

2. Evaluar los desencadenantes, la frecuencia, la gravedad, el beneficio secundario y el inicio de los gestos suicidas del cliente.

3. Organizar la hospitalización, en caso necesario, si se considera que el cliente representa un peligro para sí mismo.

4. Reducir las acciones que interfieran con la participación en la terapia.

5. Reducir la frecuencia de conductas, pensamientos y sentimientos inadaptados que dificultan la consecución de una calidad de vida razonable.

6. Participar en un curso grupal (preferiblemente) o individual para el desarrollo de aptitudes personales.

7. Identificar, cuestionar y sustituir las reflexiones sesgadas y temerosas con reflexiones basadas en la realidad y positivas.

1. Controlar, cuestionar y aportar soluciones a las acciones del cliente que puedan interferir en el desarrollo de la terapia, como faltar a las visitas, incumplir el tratamiento y/o abandonar repentinamente la terapia.

1. Utilizar estrategias de validación dialécticas (por ejemplo, metáforas, abogado del diablo) y estrategias de resolución de problemas (por ejemplo, análisis de conductas y de soluciones, reestructuración cognoscitiva, refuerzo de capacidades, exposición) para ayudar al cliente a manejar, reducir o estabilizar las conductas inadaptadas (por ejemplo, ataques de ira, excesos con el alcohol, relaciones abusivas, sexo de alto riesgo, descontrol en los gastos), las ideas (pensamiento de tipo “o todo o nada”, catastrofismo, personalización) y los sentimientos (por ejemplo, rabia, desesperación, abandono; ver *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality* de Linehan).

1. Realizar un curso grupal o individual sobre aptitudes personales adaptado a los patrones conductuales problemáticos del cliente (por ejemplo, reafirmación ante las relaciones abusivas, estrategias cognoscitivas para identificar y controlar la impulsividad económica, sexual y de otros tipos).

1. Explorar los esquemas y las reflexiones del cliente que median en los miedos relacionados con sus traumas y de otro tipo; identificar y cuestionar los sesgos; ayudarle a generar pensamientos que corrijan los sesgos negativos y refuercen la confianza.

2. Mandar al cliente un ejercicio en el que identifique sus reflexiones temerosas y cree alternativas basadas en la realidad; repasar y reforzar los logros, aportando comentarios correctivos sobre los fracasos (ver “*Journal and Replace Self-Defeating Thoughts*” en *Adult Psychotherapy Homework Planner*, 2a edición, de Jongsma, o “*Daily Record of Dysfunctional Thoughts*” en *Cognitive Therapy of Depression* de Beck, Rush, Shaw y Emery).

Reforzar los mensajes cognoscitivos positivos y basados en la

3. realidad del cliente, para mejorar la confianza en sí mismo y aumentar su acción adaptativa.

DIAGNÓSTICO

301.83

Trastorno límite de la personalidad

ABUSO SEXUAL

DEFINICIONES CONDUCTUALES

1. Vagos recuerdos de contacto sexual infantil inapropiado que pueden ser corroborados por personas allegadas.
2. Narración de los abusos sexuales con recuerdos claros y detallados.
3. Incapacidad de recordar algunos años de la infancia.
4. Grandes dificultades a la hora de intimar con otras personas.
5. Incapacidad de gozar del contacto sexual con una pareja deseada.
6. Sentimientos inexplicables de ira, rabia o miedo al entrar en contacto con un familiar cercano.
7. Patrón dominante de promiscuidad o de sexualización de las relaciones.

METAS A LARGO PLAZO

1. Resolver el problema de haber sido abusado sexualmente y tener más capacidad de intimar en las relaciones.
2. Empezar el proceso de curación del abuso sexual logrando disfrutar de un contacto sexual apropiado.
3. Resolver satisfactoriamente los problemas relacionados con el hecho de haber sido abusado sexualmente con la consiguiente comprensión y control de los sentimientos.
4. Reconocer y aceptar el abuso sexual sin una sexualización inadecuada de las relaciones.
5. Determinar si el abuso sexual ocurrió.
6. Empezar a dejar de sentirse víctima de abusos sexuales para pasar a sentirse como una persona que los ha superado.

OBJETIVOS A CORTO PLAZO

1. Contar la historia sobre la naturaleza, la frecuencia y la duración del abuso. (1, 2, 3)

INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS

1. Reforzar activamente el nivel de confianza con el cliente en sesiones individuales mediante un contacto visual sistemático, una mirada positiva incondicional y una aceptación cálida para aumentar su capacidad de identificar y expresar sentimientos.

2. Identificar un sistema de apoyo de personas clave que apoyen y ayuden en el proceso de resolución del problema. (4, 5)
3. Verbalizar un mejor conocimiento del abuso sexual y de sus efectos. (6, 7)
4. Identificar y expresar los sentimientos conectados con el abuso. (8, 9)
5. Reducir el secretismo en la familia informando del abuso a los miembros clave no abusadores. (10, 11, 12)
6. Describir cómo la experiencia del abuso sexual forma parte de un patrón familiar de límites rotos entre el contacto físico o la provocación
2. del cliente sin presionarle demasiado pronto a dar detalles innecesarios.
3. Pedir al cliente que dibuje un diagrama de la casa en la que creció, indicando dónde dormía cada persona.
4. Ayudar al cliente a identificar a personas compasivas y alentadoras con cuyo apoyo pueda contar.
5. Animar al cliente a asistir a un grupo de apoyo para personas que han sufrido abusos sexuales.
Pedir al cliente que lea material sobre el abuso sexual (por ejemplo, *The Courage to Heal* de Bass y Davis; *Betrayal of Innocence* de Forward y Buck; *Outgrowing the Pain* de Gil); analizar los conceptos clave.
6. y Davis; *Betrayal of Innocence* de Forward y Buck; *Outgrowing the Pain* de Gil); analizar los conceptos clave.
7. Mandar y analizar un ejercicio escrito del libro *The Courage to Heal Workbook* (Davis).
8. Explorar, animar y apoyar al cliente a explorar verbalmente y aclarar los sentimientos asociados con el abuso.
9. Animar al cliente a hablar abiertamente del abuso sin la vergüenza ni el bochorno de sentirse responsable del abuso.
10. Orientar al cliente en un ejercicio de conversación con una silla vacía con una figura clave conectada con el abuso (por ejemplo, el autor, un hermano, un progenitor) contándole el abuso sexual y sus efectos.
11. Mantener una sesión de pareja en la que el cliente cuente a su cónyuge el abuso.
12. Facilitar una sesión familiar con el cliente, ayudándole y apoyándole en la revelación del abuso a sus padres.
13. Elaborar un genograma con el cliente y ayudarlo a esclarecer los patrones familiares de límites rotos relacionados con el sexo y las relaciones íntimas.

- verbal. (13)
- Verbalizar el impacto del
7. abuso sexual en su vida. (14, 15)
 8. Clarificar los recuerdos del abuso. (16, 17)
- Sentirse menos avergonzado, menos responsable del abuso, menos víctima, y hablar de un modo que refleje una mayor capacitación personal. (18, 19, 20, 21)
14. Pedir al cliente que elabore una lista de cómo ha impactado el abuso sexual en su vida; analizar el contenido de la lista.
 16. Derivar al cliente o realizar con él hipnosis para destapar más o clarificar la naturaleza y la extensión del abuso.
 17. Facilitar el recuerdo por parte del cliente de los detalles del abuso pidiéndole que escriba en un diario y que hable y piense en el incidente(s).
 17. Hablarle de la importancia de evitar las florituras habituales en libros, videos o material dramático, y evitar que el cliente confirme sólo las sospechas del terapeuta.
 18. Pedir al cliente que lea material sobre cómo superar la vergüenza (por ejemplo, *Healing the Shame That Binds You* de Bradshaw; *Shame* by Kaufman; *Facing Shame* de Fossum y Masin); analizar los conceptos clave.
 19. Animar, apoyar y ayudar al cliente a identificar, expresar y procesar los sentimientos de culpa relacionados con las sensaciones de placer físico, realización emocional o responsabilidad asociadas con los acontecimientos.
 20. Confrontar y analizar con el cliente las afirmaciones que reflejen que asume la responsabilidad del abuso o que indiquen que es una víctima; ayudar al cliente a sentirse capacitado trabajando las diferentes cuestiones y liberándose del abuso.
 21. Pedir al cliente que realice un ejercicio de costes y beneficios (ver *Ten Days to Self-Esteem!* de Burns), o un ejercicio similar, en torno al hecho de ser una víctima frente a haberlo superado, o sobre aferrarse frente a perdonar; analizar los ejercicios una vez terminados.
 22. Identificar los beneficios positivos para sí mismo de ser capaz de perdonar a todas las personas
 22. Leer y analizar la historia de *Stories for the Third Eye* (Wallas) titulada “*The Seedling*” (historia para

- implicadas en el abuso.
(22, 23, 24)
- un cliente que haya sufrido abusos en la infancia).
- Ayudar al cliente a eliminar las barreras que le
23. impiden ser capaz de identificar los beneficios de perdonar a los responsables del abuso.
24. Recomendar al cliente que lea *Forgive and Forget* (Smedes).
11. Expresar sentimientos a y sobre el autor, incluyendo el impacto del abuso tanto en el momento en que ocurrió como en la actualidad. (25, 26, 27)
25. Pedir al cliente que escriba una carta cargada de ira al autor; analizar la carta en la sesión.
26. Preparar al cliente para un encuentro cara a cara con el autor del abuso analizando los sentimientos que emerjan en torno a este acontecimiento y representar el encuentro mediante un juego de rol.
27. Realizar una sesión conjunta en la que el cliente se enfrente al autor del abuso; después, analizar sus sentimientos y pensamientos en torno a la experiencia.
12. Aumentar el nivel de perdón hacia sí mismo, hacia el autor y hacia el resto de personas relacionadas con el abuso. (28)
28. Pedir al cliente que escriba una carta de perdón y/o realizar un ejercicio de perdón (ver *Forgiving* de Simon y Simon) y analizarlo con el terapeuta.
13. Aumentar el nivel de confianza hacia los demás, evidenciado por una mayor socialización y una mayor tolerancia a las relaciones íntimas. (29, 30)
29. Enseñar al cliente el método de compartir y comprobar para reforzar la confianza en las relaciones (es decir, compartir sólo un poco de uno mismo y luego comprobar que la información compartida se trata con respeto, amabilidad y confidencialidad; cuando se comprueba la fiabilidad de la persona, compartir más información con ella).
30. Utilizar los juegos de rol y la modelización para enseñar al cliente a establecer unos límites personales razonables, que no sean demasiado porosos ni demasiado restrictivos.
- Afirmar tener más capacidad de aceptar e
- Animar al cliente a dar y recibir contactos

14. iniciar un contacto físico adecuado con los demás. (31, 32)

15. Definirse a sí mismo verbalmente como persona que ha superado el abuso sexual. (33, 34)

31. adecuados; ayudarle a definir qué es apropiado.

32. Pedir al cliente que practique una o dos veces a la semana la iniciación del contacto o una actividad táctil (es decir, frotar la espalda a la pareja, recibir un masaje profesional, abrazar a un amigo, etc.).

33. Reforzar con el cliente los beneficios de verse a sí mismo como persona que lo ha superado en lugar de como víctima, y trabajar para eliminar todas las barreras que puedan quedar en su camino para hacerlo.

34. Reforzar verbalmente de forma positiva al cliente cuando se defina a sí mismo como una persona que lo ha superado.

DIAGNÓSTICOS SUGERIDOS

Eje I:	303.90	Dependencia del alcohol
	304.80	Dependencia de varias sustancias
	300.4	Trastorno distímico
	296.xx	Trastorno depresivo mayor
	300.02	Trastorno de ansiedad generalizada
	300.14	Trastorno de identidad disociativo
	300.15	Trastorno disociativo no especificado
	995.53	Abuso sexual del niño, víctima
Eje II:	301.82	Trastorno de la personalidad por evitación
	301.6	Trastorno de la personalidad por dependencia

ANSIEDAD

DEFINICIONES CONDUCTUALES

1. Preocupación excesiva y/o irrealista que resulta difícil de controlar y que se produce muy a menudo durante como mínimo 6 meses con respecto a varios eventos o actividades.
2. Tensión motriz (por ejemplo, inquietud, cansancio, agitación, tensión muscular).
3. Hiperactividad involuntaria (por ejemplo, palpitaciones, falta de aire, boca seca, dificultades a la hora de tragar, náuseas, diarrea).
4. Hipervigilancia (por ejemplo, estar constantemente de los nervios, tener problemas de concentración, dificultades en conciliar el sueño o en mantenerse despierto, mostrar un estado general de irritabilidad).

METAS A LARGO PLAZO

1. Reducir la frecuencia, intensidad y duración general de la ansiedad, para que no entorpezca el funcionamiento diario.
2. Estabilizar el nivel de ansiedad y aumentar la capacidad de funcionar con normalidad en el día a día.
3. Resolver el conflicto central que es la fuente de la ansiedad.
4. Mejorar la capacidad de hacer frente de forma efectiva a toda la variedad de preocupaciones de la vida.

OBJETIVOS A CORTO PLAZO

Describir las experiencias actuales y pasadas con respecto a la

1. preocupación y los síntomas de ansiedad, junto con su impacto en el día a día y los intentos para resolverla. (1)

Realizar pruebas psicológicas para evaluar los síntomas de preocupación y ansiedad. (2)

3. En cooperación con un médico, evaluar la necesidad de un tratamiento con psicotrópicos. (3, 4)




INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS

Evaluar el objeto, el carácter excesivo e incontrolable de la preocupación del cliente, así como el tipo, frecuencia, intensidad y

1. duración de los síntomas de la ansiedad (por ejemplo, *The Anxiety Disorders Interview Schedule for the DSM-IV* de Dinardo, Brown y Barlow).

Evaluar la información obtenida del cliente para analizar mejor la naturaleza y el grado de los

2. síntomas de preocupación y ansiedad del cliente (por ejemplo, *The Penn State Worry Questionnaire* de Meyer, Miller, Metzger y Borkovec).

Derivar al cliente a un médico para que considere la necesidad de tomar o no medicación psicotrópica. 

4. Comprobar que el cliente se toma la medicación, comprobar los efectos secundarios y la efectividad del tratamiento, mantener un contacto frecuente



- Verbalizar que el cliente comprende los componentes cognoscitivos, fisiológicos y conductuales de la ansiedad y su tratamiento. (5, 6, 7)



- Aprender y poner en práctica técnicas de relajación para reducir la ansiedad general y manejar los síntomas de ansiedad (8, 9, 10, 11)

con el médico.

- Hablar de cómo generalmente la ansiedad suele implicar una preocupación excesiva sobre amenazas irrealistas, diferentes expresiones corporales de tensión, sobreexcitación e hipervigilancia, y evitación de lo que amenaza que interactúa para mantener el problema (ver *Mastery of Your Anxiety and Worry – Therapist Guide* de Craske, Barlow y O’Leary).

- Hablar de cómo el tratamiento está enfocado hacia la preocupación, los síntomas de la ansiedad y la evitación para ayudar al cliente a manejar correctamente la preocupación y reducir la sobreexcitación y la evitación innecesaria.

- Mandar leer al cliente capítulos psicoeducativos de libros o manuales de tratamiento sobre la preocupación y la ansiedad generalizada (por ejemplo, *Mastery of Your Anxiety and Worry, Client Guide* de Zinbarg, Craske, Barlow y O’Leary).

- Enseñar al cliente técnicas de relajación (por ejemplo, relajación muscular progresiva, imágenes guiadas, respiración diafragmática lenta) y cómo diferenciar mejor entre la relajación y la tensión; enseñar al cliente a aplicar estas técnicas en su día a día (por ejemplo, *Progressive Relaxation Training* de Bernstein y Borkovec; *Treating GAD* de Rygh y Sanderson).



6. Verbalizar que se comprende el papel que juegan los enfoques cognoscitivos en la preocupación irracional excesiva y en los síntomas persistentes de la ansiedad. (12, 13, 14)

9. Mandar al cliente en cada sesión como deberes practicar los ejercicios de relajación cada día; revisar y reforzar los logros proporcionando correcciones para su mejora.

10. Mandar al cliente leer sobre la relajación muscular progresiva y otras estrategias de relajación en libros sobre el tema o manuales de tratamiento (por ejemplo, *Progressive Relaxation Training* de Bernstein y Borkovec; *Mastery of Your Anxiety and Worry – Client Guide* de Zinbarg, Craske, Barlow y O’Leary).

11. Utilizar técnicas de biofeedback para facilitar que el cliente aprenda satisfactoriamente las técnicas de relajación.

12. Analizar ejemplos que demuestren que la preocupación irrealista generalmente sobreestima la probabilidad de amenazas y subestima o pasa por alto la capacidad del cliente de manejar las demandas realistas (o mandar como tarea “*Past Successful Anxiety Coping*” en *Adult Psychotherapy Homework Planner*, 2ª edición de Jongsma).

13. Ayudar al cliente a analizar su miedo examinando la probabilidad de que sucedan unas expectativas negativas, las consecuencias reales de que ocurran, su capacidad de controlar el resultado, el peor resultado posible, y su capacidad de analizarlo (ver “*Analysing the Probability of a Feared Event*”



7. Identificar, cuestionar y sustituir las reflexiones sesgadas y temerosas por reflexiones positivas, realistas y capacitadoras. (15, 16, 17)

en *Adult Psychotherapy Homework Planner*, 2ª edición de Jongsma, y *Anxiety Disorders and Phobias* de Beck and Emery).

Ayudar al cliente a comprender mejor la noción de que la

14. preocupación es una forma de evitación del problema temido y que crea una tensión crónica.

Explorar los esquemas y las reflexiones del cliente que median en sus respuestas de miedo;

cuestionar los sesgos; ayudarle a reemplazar los mensajes

15. distorsionados con alternativas basadas en la realidad y con reflexiones positivas que aumenten la confianza en sí mismo a la hora de hacer frente a los miedos irracionales.

Mandar realizar al cliente un ejercicio en el que identifique sus pensamientos temerosos y cree

16. alternativas basadas en la realidad; revisar y reforzar los logros, aportando correcciones para su mejora.

Enseñar al cliente a poner en práctica una técnica para detener los pensamientos (imaginar una señal de stop y luego una escena agradable) para las

preocupaciones que persisten después de haberlas tratado (o


17. mandar el ejercicio “*Making Use of the Thought-Stopping Technique*” en *Adult*


Psychotherapy Homework

Planner, 2ª edición, de Jongsma); observar y fomentar el uso de la técnica por parte del cliente en su




8. Realizar una exposición imaginaria gradual y repetida a las consecuencias negativas temidas predichas por las preocupaciones y desarrollar predicciones alternativas basadas en la realidad. (18, 19, 20, 21)


vida diaria entre las sesiones. 

18. Orientar y ayudar al cliente a construir una jerarquía de dos a tres ámbitos de preocupación para usarlos en la exposición (por ejemplo, la preocupación sobre causar daño a los demás, dificultades económicas, problemas en las relaciones). 

19. Seleccionar exposiciones iniciales que puedan resultar fácilmente una experiencia positiva para el cliente; elaborar un plan para manejar el afecto negativo generado por la exposición; ensayar mentalmente el proceso.



20. Pedir al cliente que imagine gráficamente las peores consecuencias de sus preocupaciones y que las mantenga en mente hasta que se reduzca la ansiedad asociada con ellas (hasta 30 minutos); generar alternativas basadas en la realidad para ese peor caso y analizarlas (ver *Mastery of Your Anxiety and Worry – Therapist Guide* de Craske, Barlow y O’Leary). 

- Mandar un ejercicio al cliente en el que se exponga a sus preocupaciones y tome nota de sus respuestas (ver *Mastery of Your Anxiety and Worry – Client Guide* de Zinbarg, Craske, Barlow y O’Leary o *Generalized Anxiety Disorder* de Brown, O’Leary y Barlow); revisar y reforzar los logros, aportando correcciones para su mejora. 
- 21.



9. Aprender y poner en práctica estrategias de resolución de problemas para tratar de manera realista las preocupaciones. (22, 23)

22. Enseñar estrategias para la resolución de problemas que incluyan definir específicamente el problema, elaborar opciones para resolverlo, evaluar las opciones, poner en práctica un plan, y reevaluar y perfeccionar el plan.



23. Mandar al cliente un ejercicio en el que resuelva un problema actual (ver *Mastery of Your Anxiety and Worry, Client Guide* de Zinbarg, Craske, Barlow y O'Leary o *Generalized Anxiety Disorder* de Brown, O'Leary y Barlow); revisar, reforzar los logros y aportar correcciones para su mejora.



10. Aprender y poner en práctica estrategias de prevención de recaídas para el manejo de posibles síntomas de ansiedad futuros. (24, 25, 26, 27)

24. Hablar con el cliente sobre la diferencia entre un lapsus y una recaída, asociando el lapsus con un retorno inicial y reversible de la preocupación, los síntomas de la ansiedad o la necesidad de evitación y la recaída con la decisión de seguir con los patrones de miedo y de evitación.



25. Identificar y ensayar con el cliente el manejo de situaciones o circunstancias futuras en las que se podrían producir lapsus.



26. Enseñar al cliente a utilizar a diario la relajación, la reestructuración cognoscitiva, la exposición y la resolución de problemas según sea necesario para tratar las preocupaciones que surjan, incorporarlas a su vida lo máximo posible.



Elaborar una tarjeta recordatorio con las estrategias y otra


- información importante (por ejemplo, “Respirar profundamente y relajarme”, “Cuestionar las preocupaciones irrealistas”, “Utilizar la resolución de problemas”) para su uso posterior por parte del cliente. ▼
27. Realizar una intervención paradójica (ver *Ordeal Therapy de Haley*) en la que se anime al cliente a tener el problema (por ejemplo, ansiedad) y luego programar esa ansiedad para que ocurra en momentos específicos cada día (en un momento del día o de la noche en que el cliente desearía claramente hacer otra cosa) de un modo concreto y durante un tiempo definido.
28. Pedir al cliente que evalúe los costes y los beneficios de las preocupaciones (por ejemplo, realizar el ejercicio de análisis de costes y beneficios en *Ten Days to Self-Esteem!* de Burns), en el que enumere las ventajas y los inconvenientes del pensamiento negativo, miedo o ansiedad; analizar el ejercicio una vez realizado.
29. Ayudar al cliente a ser consciente de aquellos conflictos vitales no resueltos y a trabajar para resolverlos.
30. Reforzar la comprensión del cliente del papel de su dolor emocional pasado y de la ansiedad presente.
31. Pedir al cliente que escriba y
11. Utilizar una técnica de intervención paradójica para reducir la ansiedad como respuesta. (28)
12. Realizar un análisis de costes y beneficios del hecho de mantener la ansiedad. (29)
13. Identificar los principales conflictos vitales del pasado y del presente que constituyen la base de la ansiedad actual. (30, 31, 32)

14. Mantenerse implicado en el trabajo, la familia y las actividades sociales. (33)
15. Realizar una sesión de seguimiento para analizar los avances, reforzar los logros y las barreras a la resolución de problemas. (34)
32. analice una lista de conflictos vitales pasados y presentes que sigan preocupándole.
Ayudar al cliente a seguir con el trabajo, la familia y las actividades sociales en lugar de escapar o de evitarlos para centrarse en el pánico.
33. sociales en lugar de escapar o de evitarlos para centrarse en el pánico.
34. Programar una “sesión de refuerzo” para el cliente al cabo de 1 a 3 meses de haber terminado la terapia.

DIAGNÓSTICOS SUGERIDOS

Eje I:	300.02	Trastorno de ansiedad generalizada
	300.00	Trastorno de ansiedad no especificado
	309.24	Trastorno adaptativo con ansiedad

Nota

 indica que los objetivos / intervenciones seleccionados coinciden con los de los tratamientos basados en la evidencia.

BAJA AUTOESTIMA

DEFINICIONES CONDUCTUALES

1. Es incapaz de aceptar cumplidos.
2. Realiza comentarios despreciativos hacia sí mismo; se ve poco atractivo, sin valor, un perdedor, una carga, poco importante; asume la culpa fácilmente.
3. Siente poco orgullo al arreglarse.
4. Le cuesta decir “no” a los demás; asume que no gusta a los demás.
5. Tiene miedo al rechazo de los demás, especialmente del grupo de semejantes.
6. Se fija pocas metas en la vida y establece unos objetivos inadecuadamente bajos para sí mismo.
7. Es incapaz de identificar cosas positivas en sí mismo.
8. Se siente incómodo en situaciones sociales, especialmente en grupos grandes.

METAS A LARGO PLAZO

1. Mejorar la autoestima.
2. Desarrollar una imagen de sí mismo coherente y positiva.
3. Demostrar una mejor autoestima reflejada en una actitud más orgullosa, una mayor reafirmación personal, un mayor contacto visual y una identificación de los rasgos positivos en los mensajes auto-reflexivos.
4. Crear una sensación interior de autoestima, confianza y competencia.

OBJETIVOS A CORTO PLAZO

1. Reconocer que se siente menos competente que la mayoría de personas. (1, 2)

2. Comprender mejor las fuentes históricas y actuales de la baja autoestima. (3, 4)

3. Reducir la frecuencia de afirmaciones auto-descriptivas negativas y aumentar la frecuencia de afirmaciones auto-descriptivas positivas. (5, 6, 7)

4. Identificar los mensajes motivacionales negativos utilizados para reforzar la

INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS

Reforzar activamente el nivel de confianza con el cliente en sesiones individuales mediante un contacto visual sistemático, una escucha activa, una mirada positiva incondicional y una aceptación cálida para contribuir a mejorar su capacidad de identificar y expresar sus sentimientos.

- 1.
2. Explorar cómo se valora el cliente a sí mismo.

3. Ayudar al cliente a ser consciente de su miedo al rechazo y su relación con experiencias de rechazo o de abandono pasadas.

4. Comentar, destacar e interpretar los incidentes de abusos del cliente (emocionales, físicos y sexuales) y cómo han influido en sus sentimientos sobre sí mismo.

5. Confrontar y reformular la valoración negativa del cliente sobre sí mismo.

6. Ayudar al cliente a ser consciente de cómo expresa o exterioriza los sentimientos negativos sobre sí mismo.

7. Ayudar al cliente a desarrollar la reflexión consigo mismo como un modo de reforzar la confianza y la imagen positiva de sí mismo.

8. Ayudar al cliente a identificar sus creencias distorsionadas y negativas sobre sí mismo y el

baja autoestima. (8, 9)

5. Identificar los beneficios secundarios que recibe al hablar negativamente sobre sí mismo y al negarse a asumir ningún riesgo. (10, 11)
 9. Pedir al cliente que realice y analice un ejercicio del libro *Ten Days to Self Esteem* (Burns).
 10. Enseñar al cliente el significado y el poder del beneficio secundario en el mantenimiento de los patrones conductuales negativos.
 11. Ayudar al cliente a identificar cómo el desprecio hacia sí mismo y la evitación de riesgos pueden aportar un beneficio secundario (por ejemplo, elogios de los demás, que otros asuman responsabilidades).
 6. Verbalizar menos el miedo al rechazo y aumentar las afirmaciones de autoaceptación. (12, 13)
 12. Pedir al cliente que realice una afirmación positiva sobre sí mismo al día y la anote en una tabla o un diario.
 13. Reforzar verbalmente el uso por parte del cliente de afirmaciones positivas de confianza y de éxito.
 7. Identificar los logros que mejorarían la imagen de sí mismo y verbalizar un plan para alcanzar esos objetivos. (14, 15)
 14. Ayudar al cliente a analizar sus objetivos para asegurarse de que son realistas y alcanzables.
 15. Mandar realizar ejercicios de refuerzo de la autoestima de algún cuaderno de ejercicios (por ejemplo, *The Six Pillars of Self-Esteem* de Branden, o *Ten Days to Self Esteem!* de Burns); analizar el ejercicio realizado.
 8. Aumentar el contacto visual con los demás. (16, 17)
 16. Pedir al cliente que mantenga el contacto visual con la persona con la que esté hablando; analizar los sentimientos asociados con el contacto visual.
 17. Confrontar al cliente cuando se observe que evita el contacto visual con los demás.
 9. Responsabilizarse de su arreglo diario y la higiene personal. (18)
 18. Realizar un seguimiento y hacer comentarios al cliente sobre su aspecto más cuidado y su higiene.
- Identificar los rasgos de personalidad positivos y los
- Mandar al cliente el ejercicio de identificar sus características físicas positivas en un espejo para

10. personalidad positivos y los talentos propios. (19, 20, 21)
19. características físicas positivas en un espejo para que le ayude a sentirse más cómodo consigo mismo.
Pedir al cliente que elabore una lista con sus rasgos
11. sentimientos personales. (22, 23)
20. de personalidad positivos y pedirle que la lea al inicio y al final de cada sesión.
21. Reforzar las afirmaciones auto-descriptivas positivas del cliente.
12. Articular un plan para intentar satisfacer activamente las necesidades identificadas. (24, 25, 26)
22. Pedir al cliente que escriba cada día sus sentimientos en un diario.
23. Ayudar al cliente a identificar y a etiquetar las emociones.
24. Ayudar al cliente a identificar y verbalizar sus necesidades, satisfechas e insatisfechas.
25. Realizar una sesión de terapia de pareja o familiar en la que se ayude al cliente a expresar las necesidades no satisfechas.
26. Ayudar al cliente a desarrollar un plan de acción específico para satisfacer cada necesidad.
13. Reconocer positivamente los cumplidos verbales de los demás. (27)
27. Pedir al cliente que sea consciente y reconozca gentilmente (sin rebajarlos) los elogios y los cumplidos de los demás.
14. Tener conductas asertivas con mayor frecuencia. (28)
28. Enseñar al cliente reafirmación personal o derivarle a un grupo que le enseñe y le facilite las aptitudes asertivas a través de conferencias y ejercicios.
15. Plantearse metas realistas, apropiadas y alcanzables en todos los ámbitos de la vida.
14. Ayudar al cliente a analizar sus objetivos para asegurarse de que son realistas y alcanzables.
29. Pedir al cliente que escriba en una lista sus objetivos para los diferentes ámbitos de la vida y un plan con los pasos para alcanzar dichos objetivos.
16. Asumir verbalmente la responsabilidad de los
30. Pedir al cliente que enumere sus logros; analizar su

- logros sin rebajarlos. (30)
- Utilizar los mensajes motivacionales para reforzar la autoestima. (31, 32)
- 17.
- Hablar con confianza más a menudo en situaciones sociales. (33, 34)
- 18.
31. Pedir al cliente que lea *What to Say When You Talk to Yourself* (Helmstetter); analizar las ideas clave.
32. Reforzar el uso por parte del cliente de mensajes más realistas y positivos hacia sí mismo al interpretar los acontecimientos de la vida.
33. Utilizar los juegos de rol y el ensayo conductual para mejorar las aptitudes sociales del cliente al saludar a la gente y al mantener una conversación.
34. Recomendar al cliente leer *Shyness* (Zimbardo); analizar el contenido.

DIAGNÓSTICOS SUGERIDOS

Eje I:	300.23	Fobia social
	300.4	Trastorno distímico
	296.xx	Trastorno depresivo mayor
	296.xx	Trastorno bipolar I
	296.89	Trastorno bipolar II

COMPORTAMIENTO TIPO A

DEFINICIONES CONDUCTUALES

1. Patrón de presionarse a sí mismo y a los demás para lograr más cosas porque nunca hay tiempo suficiente.
2. Espíritu de intensa competitividad en todas las actividades.
3. Compulsión intensa de ganar a cualquier precio independientemente de la actividad o de la competencia.
4. Inclinación a dominar todas las situaciones sociales o empresariales, siendo demasiado directo y autoritario.
5. Propensión a sentirse irritado por las acciones de los demás que difieren con su forma de entender el decoro o la corrección.
6. Estado de impaciencia perpetuo ante cualquier espera, retraso o interrupción.
7. Dificultad en permanecer sentado relajado tranquilamente o reflexionando.
8. Signos faciales psicomotores de intensidad y presión (por ejemplo, tensión muscular, ceño fruncido, mirada fulminante, tics).
9. Signos psicomotores en la voz (por ejemplo, habla o risa irritantemente contundentes, habla rápida e intensa, comentarios obscenos frecuentes).

METAS A LARGO PLAZO

1. Formular y poner en práctica un nuevo patrón de actitudes ante la vida que permita un patrón de vida más relajado.
2. Alcanzar el equilibrio entre los momentos de trabajo/competitivos y los momentos sociales/no competitivos en su vida diaria.
3. Reducir globalmente los comportamientos bajo presión y acuciantes.
4. Desarrollar actividades sociales y recreativas como una parte rutinaria de la vida.
5. Paliar la sensación de falta de tiempo, la ansiedad aleatoria, la ira y las conductas auto-destructivas.
4. Reconocer y aceptar el abuso sexual sin una sexualización inadecuada de las relaciones.
5. Determinar si el abuso sexual ocurrió.
6. Empezar a dejar de sentirse víctima de abusos sexuales para pasar a sentirse como una persona que los ha superado.

OBJETIVOS A CORTO PLAZO

1. Describir el patrón de vida presionante y acuciante. (1, 2)
2. Realizar una evaluación psicológica. (3, 4)
3. Identificar las creencias que sostienen el comportamiento acuciante y demasiado exigente. (5, 6, 7)

INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS

1. Evaluar los ejemplos del estilo de vida presionante.
2. Ayudar al cliente a verse como le ven los demás.
Administrar una prueba para evaluar y hacer un seguimiento del alcance y la profundidad del
3. comportamiento tipo A del cliente (por ejemplo, *Jenkins Activity Survey* de Jenkins, Zyzanski y Rosen-man).
4. Repasar y analizar los resultados de las pruebas con el cliente.
Explorar en los antecedentes personales, incluido el historial de
5. la familia de origen, los modelos y/o la presión por lograr muchas cosas y la compulsión.
Pedir al cliente que elabore una lista de sus creencias en torno a su

- propio valor y al de los demás; analizarla con el terapeuta.
- Ayudar al cliente a relacionar su comportamiento excesivamente exigente y acuciante con el deseo de agradar a figuras paternas clave.
7. Explorar y clarificar el sistema de valores del cliente y ayudarle a desarrollar nuevas prioridades en torno a la importancia de las relaciones, el ocio, el crecimiento espiritual, los momentos de reflexión, la generosidad con los demás, etc.
8. Pedir al cliente que lea biografías o autobiografías de personas espirituales (por ejemplo, San Agustín, Thomas Merton, Albert Schweitzer, C. S. Lewis); analizar las principales creencias conforme a las cuales vivieron.
9. Pedir al cliente que se comprometa a intentar cambiar su actitud y su comportamiento para adoptar un estilo de vida más saludable, menos de tipo A, aprendiendo nuevas formas de comportarse, de gestionar el tiempo y las relaciones. ▾
10. Animar y reforzar al cliente a centrarse en una única actividad a la vez sin tener la sensación de que es urgente. ▾
11. Repasar el patrón de horas de trabajo del cliente (en casa y en la oficina) y recomendarle reducir las. ▾
12. Enseñar al cliente técnicas de relajación (por ejemplo, relajación
4. Verbalizar el deseo de cambiar la prioridad en sus valores, centrándose menos en sí mismo y más en el interior y en los demás. (8, 9)
5. Verbalizar el compromiso de centrarse más en el interior y en los demás. (10) ▾
6. Trabajar en una única tarea a la vez centrándose menos en la presión de terminarla rápidamente. (11) ▾
7. Reducir el número de horas de trabajo diarias y llevarse menos trabajo a casa. (12) ▾

- ▼
8. Aprender y poner en práctica técnicas de relajación para manejar las situaciones de presión. (13, 14)
- ▼
9. Dedicar más horas al día a actividades relajantes. (15, 16, 17, 18)
- ▼
10. Identificar y sustituir los pensamientos automáticos distorsionados que fomentan la presión. (19)
- ▼
11. Reconocer verbalmente que siente hostilidad e impaciencia hacia los demás. (20, 21)
13. relajación (por ejemplo, relajación muscular, respiración rítmica, imágenes tranquilizantes) como parte de una estrategia a medida para responder adecuadamente a los sentimientos de presión cuando aparecen. ▼
- Pedir al cliente que ponga en práctica técnicas de relajación en su vida diaria cuando se enfrente a
14. situaciones desencadenantes; analizar los resultados, reforzar los logros y reorientar los fracasos. ▼
- Pedir al cliente que realice una actividad no competitiva cada día durante una semana; analizar esta experiencia. ▼
15. Pedir al cliente que elija una actividad de su interés no
16. relacionada con su profesión que deberá realizar dos veces a la semana durante un mes. ▼
- Pedir al cliente que mire comedias
17. e identifique sus aspectos positivos. ▼
- Reforzar todos los cambios del
18. cliente que reflejen una mayor sensación de equilibrio en su vida. ▼
- Ayudar al cliente a identificar los pensamientos automáticos distorsionados que le llevan a
19. sentirse presionado por los logros; ayudarlo a reemplazar estas distorsiones con cogniciones positivas y realistas. ▼
20. Explorar el patrón de intolerancia y de interacción impaciente del cliente con los demás. ▼




12. Verbalizar la distinción entre la asertividad respetuosa y la sinceridad insensible o la agresividad verbal controladora. (22, 23)




13. Poner en práctica técnicas de resolución de problemas y/o de conflictos para manejar los problemas interpersonales. (24)




14. Poner en práctica nuevas técnicas de relajación, de comunicación y de resolución de problemas

21. Ayudar al cliente a identificar sus creencias críticas sobre los demás y a relacionarlas con sus patrones verbales y conductuales hostiles en su vida diaria. 

22. Enseñar al cliente comunicación asertiva, centrándose en reconocer y dejar de ignorar agresivamente los derechos de los demás. 

23. Hacer un seguimiento, destacar y reformular las acciones o verbalizaciones del cliente que reflejen un enfoque centrado en sí mismo o poco empático hacia los demás; practicar alternativas utilizando estrategias conductuales como la modelización, los juegos de rol y/o la inversión de roles.



24. Enseñar al cliente técnicas de resolución de conflictos (por ejemplo, empatía, escucha activa, mensajes en primera persona, comunicación respetuosa, asertividad sin agresividad, transigencia) y técnicas de resolución de problemas (por ejemplo, definir específicamente, proponer opciones, evaluar, implementar, reevaluar) utilizando la modelización, los juegos de rol y el ensayo conductual para resolver diferentes conflictos actuales. 

25. Ayudar al cliente a construir una estrategia a medida del cliente para manejar la presión que combine cualquiera de las técnicas somáticas, cognoscitivas,

para manejar la ira. (25, 26, 27)

comunicativas, de resolución de problemas y/o de conflictos adaptadas a sus necesidades. ▾

26. Seleccionar situaciones en las que el cliente deba aplicar cada vez más sus nuevas estrategias para manejar la ira. ▾

27. Utilizar cualquiera de las técnicas, como la relajación, las imágenes, el ensayo conductual, la modelización, los juegos de rol o la exposición en vivo o los experimentos conductuales para que el cliente consolide el uso de sus nuevas aptitudes de manejo de la ira (o mandar el ejercicio “*Alternatives to Destructive Anger*” en *Adult Psychotherapy Homework Planner*, 2ª edición, de Jongsma). ▾

Mostrarse menos impaciente con los demás valorando y
15. comprendiendo las cualidades positivas de los demás. (28, 29, 30, 31)



28. Pedir al cliente que hable con un compañero o con un niño, centrándose en escuchar a la otra persona y aprendiendo cosas buenas de ella; analizar la experiencia. ▾

29. Pedir al cliente y a su familia que participen en un fin de semana experimental para reforzar el conocimiento interior (por ejemplo, un curso de juegos en altura y a ras de suelo o de tareas cooperativas); analizar la experiencia posteriormente. ▾

30. Pedir al cliente que vaya con un grupo de acampada a un páramo natural o realice un descenso en canoa, que participe en un proyecto de campo, o como voluntario de la Cruz Roja en

- alguna catástrofe; analizar la experiencia. ▾
31. Animar al cliente a hacerse voluntario de un organismo social sin ánimo de lucro, una escuela o similar, durante 1 año, donando su trabajo directo con las personas (es decir, sirviendo comida en un comedor de beneficencia, o dando clases a un niño de un barrio marginado); analizar las consecuencias positivas. ▾
16. ▾ Interesarse más por la vida de los demás, escuchar sus experiencias vitales y realizar una buena obra al día. (32, 33, 34)
32. Animar y hacer un seguimiento del cliente en la realización de una buena obra aleatoria y espontánea al día y explorar los resultados positivos. ▾
33. Animar al cliente a expresar calidez, aprecio, afecto y gratitud a los demás. ▾
34. Pedir al cliente que lea el libro *The Road Less Travelled* (Peck) y analizar las ideas clave con el terapeuta. ▾
17. ▾ Elaborar una rutina diaria que equilibre la búsqueda de los logros y la valoración de lo estético. (35, 36)
35. Pedir al cliente que lea “*List of Aphorism*” en *Trating Type A Behavior and Your Heart* (Friedman y Ulmer) tres veces al día durante una o dos semanas; elegir varios aforismos para incorporarlos a su vida. ▾
36. Pedir al cliente que enumere actividades que podría realizar por puro disfrute estético (por ejemplo, visitar un museo de arte, asistir a un concierto sinfónico, hacer una excursión por el bosque, tomar clases de pintura) e incorporarlas en su vida (o mandar el ejercicio “*Identify and*


mandar el ejercicio “*Identify and Schedule Pleasant Activities*” en *Adult Psychotherapy Homework Planner*, 2ª edición, de Jongsma).



DIAGNÓSTICOS SUGERIDOS

Eje I:	300.3	Trastorno obsesivo-compulsivo
	300.02	Trastorno de ansiedad generalizada
	296.89	Trastorno bipolar II (hipomaniaco)
	-	
	-	
Eje II:	301.4	Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad

Nota

 indica que los objetivos / intervenciones seleccionados coinciden con los de los tratamientos basados en la evidencia.

CONDUCTA ANTISOCIAL

DEFINICIONES CONDUCTUALES

1. Historial en la adolescencia de romper sistemáticamente las normas, mentir, robar, agredir físicamente, no respetar a los demás ni sus bienes y/o abuso de sustancias, conducente a frecuentes enfrentamientos con la autoridad.
2. Incapacidad de aceptar las normas sociales respetando la ley, evidenciada por actos antisociales realizados repetidamente (por ejemplo, destrucción de la propiedad, robos, trabajos ilegales) por los cuales puede haber sido arrestado o no.
3. Patrón de interacción mediante confrontaciones, agresividad y discusiones con las figuras de la autoridad.
4. Remordimientos escasos o inexistentes al causar dolor a los demás.
5. Patrón constante de culpar a los demás por lo que le sucede.
6. Poca consideración por la verdad, evidenciada por un patrón de mentiras sistemáticas y/o estafas a los demás.
7. Iniciación frecuente de discusiones verbales o peleas físicas.
8. Historial de conductas temerarias que reflejan una falta de consideración hacia uno mismo y hacia los demás y que muestran una gran necesidad de excitarse, divertirse y vivir al límite.
9. Patrón de promiscuidad sexual; nunca ha sido totalmente monógamo en ninguna relación durante un año y no se responsabiliza de los hijos fruto de esas relaciones.
10. Patrón de conductas impulsivas, como cambios de domicilio habituales, viajes sin ninguna meta, o abandono de un empleo antes de tener otro garantizado.
11. Incapacidad de tener un comportamiento que le permita conservar de manera constante un empleo.
12. Incapacidad de actuar como progenitor permanentemente implicado y responsable.

METAS A LARGO PLAZO

1. Hacerse responsable de su propio comportamiento y comportarse dentro de los límites aceptables dentro de las reglas de la sociedad.
2. Desarrollar y demostrar una comprensión sana del respeto hacia las normas sociales, los derechos de los demás y la necesidad de ser honesto.
3. Mejorar la forma de relacionarse con el mundo, especialmente con las figuras de auto-ridad; ser más realista, menos desafiante y tener una mayor sensibilidad social.
4. Comprender y aceptar la necesidad de atenerse a los límites sociales predominantes y a los límites de comportamiento.
5. Mantener un empleo constante y hacerse responsable económica y emocionalmente de los hijos.

OBJETIVOS A CORTO PLAZO

1. Admitir el comportamiento ilegal y/o poco ético que ha infringido la ley y/o pisoteado los deberes y sentimientos de otras personas. (1, 2)
2. Verbalizar que comprende los beneficios para sí mismo y para los demás de vivir respetando las leyes y las normas sociales. (3, 4)
3. Comprometerse a vivir dentro de las normas y las leyes de la sociedad. (5, 6)

INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS

1. Explorar los antecedentes del patrón de comportamiento ilegal y/o poco ético del cliente y enfrentarse a sus intentos de minimización, negación o proyección de la culpa.
 2. Examinar las consecuencias del comportamiento antisocial del cliente sobre sí mismo y sobre los demás
 3. Enseñar al cliente que la base de todas las relaciones es confiar en que la otra persona nos tratará con respeto y amabilidad.
 4. Enseñar al cliente que la legalidad es necesaria para la confianza, ya que evita que se instaure la anarquía en la sociedad en su conjunto.
 5. Pedir al cliente que se comprometa a llevar un estilo de vida prosocial y dentro de la legalidad.
 6. Subrayar la realidad de las consecuencias negativas que puede tener para el cliente permanecer fuera de la legalidad.
- Repasar las relaciones que se han

4. Enumerar las relaciones que se han roto por falta de respeto, infidelidad, agresividad o deshonestidad. (7, 8)

5. Reconocer un patrón de egocentrismo en prácticamente todas las relaciones. (8, 9)

6. Comprometerse a ser honesto y fiable. (10, 11, 12)

7. Verbalizar que comprende los beneficios para sí mismo y para los demás de ser empático y sensible ante las necesidades de los demás. (3, 13, 14)

7. perdido debido a las actitudes y prácticas antisociales del cliente (infidelidad, deshonestidad, agresividad).

8. Enfrentarse a la falta de sensibilidad del cliente ante las necesidades y los sentimientos de los demás.

8. Enfrentarse a la falta de sensibilidad del cliente ante las necesidades y los sentimientos de los demás.

9. Señalar la actitud egocéntrica, de “yo primero” y de querer ser siempre el número reflejada en el comportamiento antisocial del cliente.

10. Enseñar al cliente el valor para sí mismo de la honestidad y la fiabilidad en todas las relaciones, porque permiten gozar de una mayor aceptación social y de más confianza y respeto.

11. Enseñar al cliente el efecto positivo que la honestidad y la fiabilidad tienen en los demás, al no quedar decepcionados ni heridos por las mentiras y las promesas incumplidas.

12. Pedir al cliente que se comprometa a ser honesto y fiable.

3. Enseñar al cliente que la base de todas las relaciones es confiar en que la otra persona nos tratará con respeto y amabilidad.

13. Intentar sensibilizar al cliente frente a su falta de empatía hacia los demás repasando las consecuencias de su comportamiento sobre los demás. Usar técnicas de inversión de roles.

14. Enfrentarse al cliente cuando sea grosero o irrespetuoso con los demás y sus límites.

Ayudar al cliente a enumerar tres

8. sean actos de amabilidad y consideración hacia los demás. (15)

Indicar los pasos que seguirá para

9. enmendar o restituir el daño causado a otras personas. (16, 17, 18)

Demostrar verbalmente que

10. comprende las normas y los deberes laborales. (19)

No faltar al trabajo y tratar a los

11. supervisores y a los compañeros con respeto. (20, 21)

12. Verbalizar las obligaciones que como progenitor ha ignorado. (22, 23)

Establecer un plan para asumir las

13. responsabilidades de la crianza de los hijos. (24)

Que manifieste una mayor asunción

15. acciones que realizará como actos de servicio o de amabilidad hacia otras personas.

Ayudar al cliente a identificar a las

16. personas a las que ha herido con su comportamiento antisocial.

Enseñar al cliente el valor de pedir disculpas por el daño causado como una

17. forma de asumir la responsabilidad de un comportamiento y de desarrollar cierta sensibilidad ante los sentimientos de los demás.

Animar al cliente a comprometerse a

18. realizar ciertos pasos para pedir perdón y restituir a los que han sufrido sus comportamientos dañinos.

Repasar las normas y las expectativas

19. que deben regir el comportamiento del cliente en el entorno laboral.

Controlar que el cliente acuda a su

20. trabajo y reforzar su fiabilidad y el respeto hacia la autoridad.

Pedir al cliente que enumere los comportamientos y las actitudes que

21. debe modificar para reducir sus conflictos con las autoridades; analizar la lista.

Hablar cara a cara con el cliente de las

22. responsabilidades que ha eludido con respecto a su(s) hijo(s).

Ayudar al cliente a enumerar los

23. comportamientos necesarios para ser un progenitor responsable, educador, siempre fiable.

Elaborar un plan con el cliente para

24. empezar a poner en práctica los comportamientos típicos de un progenitor responsable.

Enfrentarse al cliente cuando culpe a

otros o no asuma la responsabilidad de

- comportamiento. (25, 26, 27)
26. sus acciones, pensamientos o sentimientos.
Explorar por qué el cliente culpa a los demás de sus propias acciones (por ejemplo, historial de castigos físicos abusivos, modelos paternos, miedo al rechazo, vergüenza, baja autoestima, eludir las consecuencias).
27. Hacer comentarios verbales positivos al cliente cuando se responsabilice de su propio comportamiento.
28. Explorar el historial del cliente de malos tratos, negligencia o abandono en la infancia; explicar cómo el ciclo de malos tratos o negligencias se está repitiendo en el comportamiento del cliente.
29. Señalar que el patrón de desapego emocional en las relaciones y el comportamiento egocéntrico del cliente están relacionados con un intento disfuncional de protegerse contra el dolor.
30. Enseñar al cliente que es mejor perdonar a los autores de un daño en lugar de aferrarse al dolor y a la rabia y de usar el dolor como excusa para mantener las prácticas antisociales.
31. Explorar el temor del cliente en confiar con los demás.
32. Identificar algunos pensamientos y sentimientos personales que el cliente podría compartir con alguna persona allegada como prueba de que confía en alguien.
33. Analizar la vulnerabilidad experimentada por el cliente al revelar cosas personales a otra persona.
15. Verbalizar que comprende cómo las experiencias dolorosas de la infancia le han llevado a un patrón imitativo de protección centrada en sí mismo y de agresividad hacia los demás. (28, 29)
16. Verbalizar el deseo de perdonar a los autores de los malos tratos infantiles. (30)
17. Confiar en una persona allegada y revelarles sentimientos personales. (31, 32, 33)

DIAGNÓSTICOS SUGERIDOS

Eje I:	303.90	Dependencia del alcohol
	304.20	Dependencia de cocaína
	304.8	Dependencia de varias sustancias
	309.3	Trastorno adaptativo con trastorno del comportamiento
	312.8	Trastorno disocial
	312.34	Trastorno explosivo intermitente
Eje II:	301.7	Trastorno antisocial de la personalidad
	301.81	Trastorno narcisista de la personalidad
	799.9	Diagnóstico aplazado
	V71.09	Sin diagnóstico

CONFLICTO FAMILIAR

DEFINICIONES CONDUCTUALES

1. Conflicto constante o frecuente con los padres y/o los hermanos.
2. Familia que no es fuente estable de influencia ni de apoyo positivo, ya que sus miembros no mantienen contacto entre sí, o muy poco.
3. Conflicto actual con los padres, debido a que éstos fomentan la dependencia y dan la sensación de estar demasiado implicados.
4. Mantiene su residencia con los padres y ha sido incapaz de vivir independientemente más allá de un breve periodo de tiempo.
5. Largo periodo de incomunicación con los padres, y descripción de sí mismo como la “oveja negra”.
6. Nueva unión de dos partes, aportando cada una de ellas al matrimonio hijos nacidos de relaciones previas.

METAS A LARGO PLAZO

1. Resolver el miedo al rechazo, la baja autoestima y/o la oposición desafiante resolviendo los conflictos existentes en la familia de origen y comprender su relación con la vida actual.
2. Empezar el proceso de emancipación de los padres de una forma saludable disponiendo lo necesario para vivir independientemente.
3. Reducir el nivel de conflictividad actual con los padres empezando al mismo tiempo a dejar de lado o a resolver los conflictos pasados con ellos.
4. Alcanzar un nivel razonable de conexión familiar y armonía en que los miembros se apoyen, se ayuden y se preocupen más unos de otros.
5. Volver a ser una familia reconstituida / unida funcional en la que los diferentes miembros mantengan vínculos entre sí.

OBJETIVOS A CORTO PLAZO

- Describir los conflictos y las causas de los conflictos entre uno mismo y los padres. (1, 2)
- 1.

- Asistir y participar a sesiones de terapia familiar centradas en la comunicación controlada y respetuosa de los pensamientos y los sentimientos. (3, 4)
- 2.

- Identificar el propio papel y el de los demás en los conflictos familiares. (5, 6)
- 3.

INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS

- Autorizar verbalmente al cliente a tener y a expresar sus propios sentimientos, pensamientos y perspectivas para fomentar una sensación de autonomía de la familia.
- 1.
 2. Explorar la naturaleza de los conflictos familiares del cliente y sus causas percibidas.

- Realizar sesiones de terapia familiar con el cliente y su(s) padre(s) para facilitar una comunicación sana, la resolución del conflicto y el proceso de emancipación.
- 3.

- Enseñar a los miembros de la familia que es habitual resistirse a cambiar la forma de relacionarse con los demás y que el cambio exige un esfuerzo concertado por parte de todos los miembros.
- 4.

- Confrontar al cliente cuando no asuma el papel que juega en el conflicto familiar y reforzar al cliente cuando asuma su responsabilidad en el conflicto.
- 5.

Pedir al cliente que lea material sobre la resolución de conflictos familiares (por ejemplo,

- Que los miembros de la familia compartan abiertamente sus pensamientos y sentimientos sobre las dinámicas familiares, los roles y las expectativas. (7, 8)
4. *Making Peace with Your Parents* de Bloomfield y Felder); fomentar y controlar la selección de conceptos con los que empezar a utilizar la resolución de conflictos.
7. Elaborar en una sesión familiar un genograma que incluya los miembros de la familia, los patrones de interacción, las normas y los secretos.
8. Facilitar que cada miembro de la familia exprese sus preocupaciones y expectativas sobre el hecho de convertirse en una unidad familiar más funcional.
9. Evaluar si el cliente o los miembros de su familia son dependientes a alguna sustancia; destacar la necesidad de seguir un tratamiento para poner fin a esa dependencia, si procede, y disponer lo necesario para tratarla (ver *Dependencia de sustancias* y *Dependencia de sustancias – Recaída* en este mismo libro).
5. Identificar el papel que juega la dependencia a alguna sustancia en el desencadenamiento del conflicto familiar. (9)
10. Ayudar al cliente a comprender cómo los conflictos familiares fomentan la dependencia de las sustancias.
6. Describir verbalmente cómo la tensión en la relación familiar influye en el abuso de sustancias o en las recaídas. (10, 11)
11. Pedir al cliente que lea material sobre cómo influyen los problemas familiares en la dependencia de las sustancias (por ejemplo, *It Will Never Happen To Me* de Black; *On the Family* de Bradshaw); analizar los problemas familiares clave e interpretarlos como desencadenantes para el cliente.
7. Aumentar el número de interacciones familiares positivas planificando actividades. (12, 13, 14)
12. Mandar a la familia un fin de semana a un centro de formación familiar para reforzar las aptitudes y la confianza de trabajar juntos. (Considerar una clase de confianza física, con cuerdas altas y bajas, etc.)
- Pedir a los padres que lean material sobre métodos de educación positivos (por ejemplo,

13. *Raising Self-Reliant Children* de Glenn y Nelsen; *Between Parent and Teenager* de Ginott); analizar los conceptos clave derivados de esta lectura.
Ayudar al cliente a elaborar una lista de actividades familiares positivas que promuevan la
14. armonía (por ejemplo, bolos, pesca, juegos de mesa, proyectos de trabajo). Planificar dichas actividades en el calendario familiar.
8. Que los padres indiquen cuál es su implicación en casa y en la educación de los hijos. (15, 16)
15. Obtener de los padres información sobre el rol que desempeña cada uno en su equipo y su punto de vista sobre la crianza de los hijos.
16. Leer y analizar en una sesión de terapia familiar la fábula *En nombre de Caín* o *Cenicienta* (ver *Friedman's Fable* de Friedman).
9. Identificar maneras de reforzar el equipo que forman los padres. (17, 18, 19, 20)
17. Ayudar a los padres a identificar los aspectos de su equipo que se deben reforzar, luego trabajar con ellos para mejorarlos.
18. Derivar a los padres a un grupo de padres que les ayude a comprender mejor a los hijos y a reforzar la disciplina.
19. Animar a los padres a participar en un grupo sobre la crianza con amor pero con firmeza para encontrar apoyo en su situación.
20. Formar a los padres en el método Barkley (ver *Defiant Children* de Barkley) para comprender y manejar el comportamiento desafiante y de confrontación.
10. Que los padres observen un descenso en la frecuencia de interacciones conflictivas con su hijo y entre los hermanos. (13, 21, 22)
13. Pedir a los padres que lean material sobre métodos de educación positivos (por ejemplo, *Raising Self-Reliant Children* de Glenn y Nelsen; *Between Parent and Teenager* de Ginott); analizar los conceptos clave derivados de esta lectura.
21. Pedir a los padres que lean material sobre cómo reducir los conflictos entre hermanos (por ejemplo, *Siblings Without Rivalry* de Faber y Mazlish); analizar los conceptos clave y fomentar

- que pongan en práctica las intervenciones con sus hijos.
- Formar a los padres en un enfoque estructurado de la disciplina en los niños pequeños (Por ejemplo, *1-2-3 Magic* de Phelan; *Parenting with Love and Logic* de Cline y Fay); seguir y reajustar su puesta en práctica si es necesario.
11. Observar que cada vez se resuelven más conflictos con los padres hablando tranquila y asertivamente en lugar de agresivamente y a la defensiva. (23)
22. Utilizar los juegos de rol, la inversión de roles, la modelización y los ensayos conductuales para ayudar al cliente a desarrollar formas asertivas de resolver sus conflictos con los padres.
23. Ayudar a los padres a desarrollar rituales (por ejemplo, la cena, la lectura al acostarse, momentos semanales de actividades en familia) que aporten una estructura y refuercen los vínculos.
24. Ayudar a los padres a reforzar la estructura de la familia estableciendo horarios para comer juntos, limitando el número de visitas, marcando una hora para apagar las luces, estipulando una hora a partir de la cual no se permiten llamadas, una hora de llegada, un momento de “reunión familiar”, etc.
13. Que cada miembro de la familia dibuje y luego describa su rol en la familia. (26, 27)
25. Realizar una sesión familiar en la que todos los miembros traigan dibujos realizados por ellos mismos sobre sí mismos en relación con la familia; pedir a todos que describan lo que han traído y luego colocar los dibujos en un álbum.
26. Pedir a la familia que haga un collage de imágenes recortadas de revistas que describan a la “familia” a través de su mirada, y/o pedirles que diseñen un escudo de armas que represente la unidad familiar.
14. Que los miembros de la familia expresen el nuevo tipo de conexión que desearían tener y cómo lo imaginan. (28, 29, 30)
27. En una sesión familiar, asignar a la familia la tarea de planificar y realizar una salida o actividad; en la siguiente sesión, analizar la experiencia con la familia, dando un refuerzo positivo cuando sea necesario.
28. Realizar una sesión con todos los nuevos

- miembros de la familia en la que se elabore un
29. nuevo genograma, que recopile la información de ambas familias y en el que se muestre visualmente la conexión de la nueva familia.
Pedir a los padres que lean el libro *Changing Families* (Fassler, Lash e Ives) en casa con la familia; hablar de sus impresiones en las sesiones de terapia familiar.
 - 30.
 31. Para cada factor que promueva la dependencia del cliente con respecto a sus padres, elaborar un plan constructivo para reducir esa dependencia.
 32. Pedir al cliente que elabore una lista enumerando de qué maneras es dependiente de sus padres.
 33. Confrontar la dependencia emocional del cliente y su evitación de la responsabilidad económica, ya que promueven el patrón de seguir viviendo con los padres.
 34. Explorar los miedos del cliente en torno a la emancipación.
Ayudar al cliente a desarrollar un plan de emancipación saludable y responsable de los
 35. padres que, a poder ser, sea objeto de su aprobación.
15. Identificar los factores que refuerzan la dependencia de la familia y descubrir cómo superarlos. (31, 32)
16. Aumentar el nivel de funcionamiento independiente, es decir, encontrar y conservar un trabajo, ahorrar dinero, salir con los amigos, encontrar una vivienda, etc. (33, 34, 35)

DIAGNÓSTICOS SUGERIDOS

Eje I:	312.34	Trastorno explosivo intermitente
	309.0	Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo
	309.24	Trastorno adaptativo con ansiedad
	300.4	Trastorno distímico
	300.00	Trastorno de ansiedad no especificado
	311	Trastorno depresivo no especificado
	309.81	Trastorno por estrés postraumático
Eje II:	301.20	Trastorno esquizoide de la personalidad
	301.81	Trastorno narcisista de la personalidad
	301.9	Trastorno de personalidad no especificado

CONFLICTOS EN LAS RELACIONES ÍNTIMAS

DEFINICIONES CONDUCTUALES

1. Vagos recuerdos de contacto sexual infantil inapropiado que pueden ser corroborados por personas allegadas.
2. Narración de los abusos sexuales con recuerdos claros y detallados.
3. Incapacidad de recordar algunos años de la infancia.
4. Grandes dificultades a la hora de intimar con otras personas.
5. Incapacidad de gozar del contacto sexual con una pareja deseada.
6. Sentimientos inexplicables de ira, rabia o miedo al entrar en contacto con un familiar cercano.
7. Patrón dominante de promiscuidad o de sexualización de las relaciones.

METAS A LARGO PLAZO

1. Resolver el problema de haber sido abusado sexualmente y tener más capacidad de intimar en las relaciones.
2. Empezar el proceso de curación del abuso sexual logrando disfrutar de un contacto sexual apropiado.
3. Resolver satisfactoriamente los problemas relacionados con el hecho de haber sido abusado sexualmente con la consiguiente comprensión y control de los sentimientos.
4. Reconocer y aceptar el abuso sexual sin una sexualización inadecuada de las relaciones.
5. Determinar si el abuso sexual ocurrió.
6. Empezar a dejar de sentirse víctima de abusos sexuales para pasar a sentirse como una persona que los ha superado.

OBJETIVOS A CORTO PLAZO

Asistir y participar activamente en sesiones conjuntas con la pareja. (1)

1.

Realizar pruebas psicológicas para valorar y hacer un seguimiento de la satisfacción conyugal. (2)

2.

Identificar los aspectos positivos de la relación. (3)

3.

Identificar los problemas en la relación incluyendo

4.

INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS

Facilitar sesiones conjuntas que se centren en aumentar la comunicación del cliente y sus aptitudes para resolver problemas.

1.

Realizar un test de satisfacción conyugal para evaluar los ámbitos de satisfacción e insatisfacción y/o hacer un seguimiento del avance del tratamiento (por ejemplo, la *Dyadic Adjustment Scale* de Spainer o el *Marital Satisfaction Inventory*, revisado por Synder).

2.

Valorar los comportamientos positivos de la pareja que facilitan el refuerzo de la relación. ▽

3.

Evaluar los comportamientos problemáticos actuales en la relación, incluyendo los posibles malos tratos / negligencias, abuso de sustancias y aquellos que atañan a la comunicación, la resolución de conflictos, las dificultades en resolver problemas

4.





4. el propio papel en los problemas. (4, 5)

4. (si existe violencia doméstica, pensar en la seguridad y evitar recurrir demasiado pronto a las sesiones conjuntas; ver “*Physical Abuse*” en *The Couples Psychotherapy Treatment Planner* de O’Leary, Heyman y Jongsma).



Pedir a la pareja que entre sesión y sesión anote en un diario las cosas positivas y negativas de la pareja y de la relación (o mandar el ejercicio “*Positive and*

5. *Negative Contributions to the Relationship: Mine and Yours*” en *Adult Psychotherapy Homework Planner*, 2a edición, de Jongsma); pedirles que no se enseñen las notas hasta la siguiente sesión, donde se analizará el material.



Analizar la lista de características positivas y problemáticas de cada miembro de la pareja y de la relación; pedir a la pareja que acepte trabajar los cambios necesarios para que la relación mejore, creando una lista con los cambios que se quieren realizar (o mandar el ejercicio “*How Can We Meet Each Other’s Needs*” en *Adult Psychotherapy Planner*, 2a edición, de Jongsma).



Ayudar a la pareja a identificar aquellos conflictos que se pueden tratar con la ayuda de aptitudes comunicativas, de resolución de conflictos y/o de problemas (ver “*Behavioral Marital Therapy*” de Holzworth-Munroe y Jacobson en *Handbook of Family Therapy* de Gurman y Knickerson [Eds.]



5. Comprometerse a cambiar las conductas específicas identificadas por uno mismo o por la pareja. (6)

6. Ayudar a la pareja a identificar aquellos conflictos que se pueden tratar con la ayuda de aptitudes comunicativas, de resolución de conflictos y/o de problemas (ver “*Behavioral Marital Therapy*” de Holzworth-Munroe y Jacobson en *Handbook of Family Therapy* de Gurman y Knickerson [Eds.]





6. Expresar con mayor frecuencia y directamente sentimientos y pensamientos honestos, respetuosos y positivos sobre la relación. (7, 8, 9)


7. Ayudar a la pareja a identificar aquellos conflictos que se pueden tratar con la ayuda de aptitudes comunicativas, de resolución de conflictos y/o de problemas (ver “*Behavioral Marital Therapy*” de Holzworth-Munroe y Jacobson en *Handbook of Family Therapy* de Gurman y Knickerson [Eds.]




7. Aprender y poner en práctica aptitudes para la resolución de problemas y conflictos. (7, 10, 11)

- Utilizar técnicas conductuales (educación, modelización, juegos de rol, comentarios correctivos y refuerzo positivo) para enseñar aptitudes comunicativas como la comunicación asertiva, ofrecer comentarios positivos, escuchar activamente, pedir de forma positiva a los demás un cambio de comportamiento, y realizar comentarios negativos de forma honesta y respetuosa. 
- 8.

- Mandar a la pareja como deberes utilizar y tomar nota de las aptitudes comunicativas que acaban de aprender; analizar los resultados en la sesión, aportando comentarios correctivos para la mejora. 
- 9.

- Ayudar a la pareja a identificar aquellos conflictos que se pueden tratar con la ayuda de aptitudes comunicativas, de resolución de conflictos y/o de problemas (ver “*Behavioral Marital Therapy*” de Holzworth-Munroe y Jacobson en *Handbook of Family Therapy* de Gurman y Knickerson [Eds.]) 
- 7.

- Utilizar técnicas conductuales (educación, modelización, juegos de rol, comentarios correctivos y refuerzo positivo) para enseñar a la pareja aptitudes de resolución de problemas y de conflictos
10. como definir el problema de modo constructivo y concreto, proponer opciones, evaluar las opciones, transigir, elegir las opciones y poner en marcha un plan, evaluar los resultados. 


Mandar a la pareja como deberes





8. Identificar los patrones de conductas destructivas y/o abusivas en la relación. (12, 13)





9. Establecer una señal de “tiempo muerto” que ambos miembros de la pareja puedan utilizar para detener una interacción que puede desencadenar en abuso. (14, 15, 16)

11. Mandar a la pareja como deberes utilizar y tomar nota de las aptitudes de resolución de problemas y de conflictos que acaban de aprender (o mandar el ejercicio “*Applying Problem-Solving to Interpersonal Conflict*” en *Adult Psychotherapy Homework Planner*, 2ª edición, de Jongsma); analizar los resultados en la sesión. 

12. Evaluar los patrones actuales de conductas destructivas y/o abusivas en cada miembro de la pareja, incluyendo los existentes en la familia de origen. 

13. Pedir a cada miembro de la familia que escriba en una lista la escalada de comportamientos que se produce antes de los comportamientos abusivos. 

14. Ayudar a la pareja a establecer una señal verbal o conductual clara que ambos miembros puedan utilizar para poner inmediatamente fin a una interacción si alguno de ellos teme un abuso inminente. 

15. Pedir el compromiso firme de ambos miembros de que se responderá favorablemente a la señal de “tiempo muerto” sin discusión. 

16. Pedir a la pareja que ponga en práctica y anote el uso de la señal de “tiempo muerto” y de otras aptitudes de resolución de conflictos en la interacción diaria (o mandar el ejercicio “*Alternatives to Destructive*”

- ▼
10. Identificar y sustituir las expectativas irrealistas en torno a la relación. (17)
- ▼
11. Ser más flexible con las expectativas, la voluntad de transigir y la aceptación de las diferencias irreconciliables. (18)
12. Pasar más tiempo de contacto agradable con la pareja. (19)
13. Iniciar conductas verbales y físicas cariñosas hacia la pareja. (20)
14. Hacerse una revisión para identificar o descartar una disfunción sexual. (21, 22)
- Homework Planner*, 2ª edición, de Jongsma). ▼
17. Identificar las creencias irracionales y las expectativas irrealistas sobre las relaciones y luego ayudar a la pareja a adoptar creencias y expectativas más realistas con respecto al otro y a la relación. ▼
18. Enseñar a ambos miembros de la pareja los conceptos clave de flexibilidad, compromiso, sacrificio de los deseos y aceptación de las diferencias para mejorar la comprensión, la empatía, la intimidad y la compasión hacia el otro. ▼
19. Ayudar al cliente a identificar y planificar actividades gratificantes sociales o recreativas que pueda compartir con la pareja (o mandar el ejercicio “*Identify and Schedule Pleasant Activities*” en *Adult Psychotherapy Homework Planner*, 2ª edición, de Jongsma). Fomentar un mayor uso del afecto verbal y físico, y tratar la
20. resistencia al desarrollo de interacciones cariñosas o sexuales con la pareja. Obtener el historial sexual detallado de cada miembro de la pareja para determinar sus puntos fuertes e identificar sus aspectos disfuncionales (ver los capítulos sobre Disfunción sexual femenina y Disfunción sexual masculina en este mismo libro).
21. Derivar al cliente a un especialista para una evaluación diagnóstica de la disfunción sexual (por ejemplo,


- la disfunción sexual (por ejemplo, descartar factores orgánicos o psicogénicos), y para que le recomiende el tratamiento adecuado (por ejemplo, medicación, terapia sexual, cirugía).
22. En una sesión conjunta, identificar la conducta, los patrones, las actividades y las creencias sexuales de ambos miembros de la pareja y de su familia extendida (o mandar el ejercicio “Factors Influencing *Negative Sexual Attitudes*” en *Adult Psychotherapy Homework Planner*, 2ª edición, de Jongsma).
23. Ayudar a cada miembro de la pareja a comprometerse a intentar desarrollar unas creencias, actitudes y conductas sexuales independientes de su formación o experiencia infantil, personal o familiar.
24. Reconocer la relación entre el abuso de sustancias y los conflictos existentes en la relación. (25)
25. Explorar el papel del abuso de sustancias en la precipitación del conflicto y/o abuso en la relación.
26. Que el miembro de la pareja dependiente de sustancias acepte seguir un tratamiento e intente vivir limpio y sobrio. (26)
26. Pedir al miembro dependiente de sustancias que se comprometa a seguir un tratamiento (ver el capítulo sobre Dependencia de sustancias en este mismo libro).
27. Identificar el mensaje, la causa y las consecuencias de la infidelidad en la pareja. (27, 28)
27. Ayudar a la pareja a identificar el mensaje detrás de la infidelidad (ver “*Five Degrees for Affairs*” en *Patterns of Infidelity and Their Treatment* de Brown).
- Pedir al cliente que lea *After the Affair* (Abrahms-Spring) y

- Verbalizar que se acepta
19. la pérdida de la relación. (29, 30, 31)
28. recogidos de esta lectura en sesiones conjuntas con el terapeuta.
29. Explorar y aclarar los sentimientos asociados con la pérdida de la relación.
30. Derivar al cliente a un grupo de apoyo o seminario sobre divorcio para aprender a resolver la pérdida y a adaptarse a su nueva vida. Pedir al cliente que lea *How to Survive the Loss of a Love* (Colgrove, Bloomfield y McWilliams) o *Surviving Separation and Divorce* (Oberlin); analizar los conceptos clave.
20. Realizar más actividades socializadoras para hacer frente a la soledad. (32, 33)
31. Apoyar al cliente en su adaptación a vivir solo y sin pareja; animarle a aceptar estar solo algún tiempo y a hacer planes concretos para mantener contactos sociales.
32. Informar al cliente sobre las oportunidades que tiene a nivel local de construir nuevas relaciones sociales.
- 33.

DIAGNÓSTICOS SUGERIDOS

Eje I:	312.34	Trastorno explosivo intermitente
	309.0	Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo
	309.24	Trastorno adaptativo con ansiedad
	300.4	Trastorno distímico
	300.00	Trastorno de ansiedad no especificado
	311	Trastorno depresivo no especificado
	309.81	Trastorno por estrés postraumático
Eje II:	301.20	Trastorno esquizoide de la personalidad
	301.81	Trastorno narcisista de la personalidad
	301.9	Trastorno de personalidad no especificado

Nota

 indica que los objetivos / intervenciones seleccionados coinciden con los de los tratamientos basados en la evidencia.

CONFLICTOS LEGALES

DEFINICIONES CONDUCTUALES

1. Cargos legales pendientes.
2. En libertad condicional debido a cargos legales.
3. La presión legal ha sido fundamental en la decisión de empezar un tratamiento.
4. Historial de actividad criminal conducente a numerosas encarcelaciones.
5. La mayoría de los arrestos están relacionados con el abuso de alcohol o drogas.
6. Divorcio en trámite acompañado de trastorno emocional.
7. Miedo a perder la libertad a causa de los cargos legales actuales.

METAS A LARGO PLAZO

1. Aceptar y responder responsablemente a los mandatos judiciales.
2. Comprender cómo ha contribuido la dependencia de sustancias a los problemas legales y aceptar la necesidad de desengancharse.
3. Aceptar la responsabilidad de las decisiones y las acciones que han motivado sus arrestos y desarrollar unos estándares morales y éticos más elevados que rijan su comportamiento.
4. Asimilar la necesidad de seguir un tratamiento para cambiar los valores, los pensamientos, los sentimientos y las conductas hacia una posición más pro-social.
5. Convertirse en un ciudadano responsable apreciado por su comunidad.

OBJETIVOS A CORTO PLAZO

1. Describir el comportamiento conducente a sus problemas actuales con el sistema judicial. (1)
2. Conseguir a un asesor y reunirse con él para planificar la resolución de los conflictos legales. (2)
3. Mantener un contacto regular con los agentes judiciales para cumplir con los requisitos de la sentencia. (3)
4. Verbalizar el papel que el abuso de drogas y/o alcohol ha jugado en los problemas legales. (4, 5)
5. Mantenerse sobrio conforme a las reglas de la libertad condicional. (6, 7)

INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS

1. Explorar la conducta del cliente causante de sus conflictos legales y valorar si su patrón encaja con la conducta antisocial (ver el capítulo sobre Conducta antisocial en este libro).
2. Animar y facilitar al cliente que se reúna con un abogado para planear la resolución de sus problemas legales.
3. Hacer un seguimiento y animar al cliente a acudir a las citas con los agentes judiciales.
4. Explorar cómo ha podido contribuir la dependencia de sustancias a los conflictos legales del cliente.
5. Confrontar al cliente cuando niegue depender de las sustancias repasando las diferentes consecuencias negativas de la adicción en su vida.
6. Mostrar al cliente que necesita seguir un plan de desintoxicación y de sobriedad para evaluar y controlar mejor su comportamiento (ver el capítulo de Dependencia de sustancias en el presente libro).

- Verbalizar y aceptar su responsabilidad en la serie de decisiones y acciones que finalmente le condujeron a la actividad ilegal. (8, 9)
- 6.
- Exponer los valores que reafirman el comportamiento dentro de los límites de la legalidad. (8, 10)
- 7.
- Verbalizar cómo los estados emocionales de ira, frustración, impotencia o depresión han contribuido a la conducta ilegal. (11, 12)
- 8.
- Identificar las causas del estado emocional negativo asociado con las acciones ilegales. (13, 14)
- 9.
- Identificar y sustituir las distorsiones cognoscitivas que fomentan el comportamiento antisocial. (15, 16)
- 10.
- Hacer un seguimiento y reforzar que el cliente esté sobrio, usando herramientas fisiológicas, cuando convenga.
- 7.
- Ayudar al cliente a identificar los valores que le permitieron actuar ilegalmente.
- 8.
- Confrontar la negativa del cliente y su proyección de la responsabilidad de sus actos ilegales hacia los demás.
- 9.
- Ayudar al cliente a aclarar los valores que le permitieron actuar ilegalmente.
- 8.
- Enseñarle los valores del respeto de los límites legales y de los derechos de los demás así como las consecuencias de cruzar dichos límites.
- 10.
- Explorar los estados emocionales negativos del cliente que podrían contribuir a su conducta ilegal.
- 11.
- Derivar al cliente a una terapia para resolver los conflictos emocionales y los impulsos antisociales (ver los capítulos sobre Conducta antisocial, Manejo de la ira o Depresión en el presente libro).
- 12.
- Explorar las causas de las emociones negativas subyacentes del cliente que consciente o inconscientemente han fomentado su comportamiento delictivo.
- 13.
- Interpretar el comportamiento antisocial del cliente relacionado con conflictos emocionales actuales o pasados para fomentar su comprensión y su resolución.
- 14.
- Evaluar y aclarar las estructuras de creencias cognoscitivas distorsionadas que fomentan la conducta ilegal.
- 15.

11. Asistir a un grupo de control de la ira. (17)
Identificar maneras de cubrir las necesidades vitales (es
12. decir, sociales y económicas) sin recurrir a actividades ilegales. (18, 19)
13. Ir a clases para aprender a encontrar trabajo. (20)
Verbalizar que entiende la importancia de la honestidad
14. para ganarse la confianza de los demás y mejorar la autoestima. (21)
15. Elaborar y poner en práctica un plan de restitución por el acto ilegal cometido. (22, 23)
16. Reestructurar las cogniciones distorsionadas del cliente por aquellas que fomenten su mantenimiento dentro de los límites legales y el respeto de los derechos de los demás.
17. Derivar al cliente a un grupo de manejo de los impulsos o de la ira.
Explorar con el cliente de qué modos puede cubrir sus necesidades sociales y económicas sin
18. incurrir en actividades ilegales (por ejemplo, empleo, más formación teórica o práctica, grupo de enriquecimiento espiritual).
Enseñar al cliente la diferencia entre la conducta antisocial y la pro-social; ayudarle a escribir en
19. una lista las diferentes maneras de respetar la ley, de ayudar a los demás y de trabajar con regularidad.
20. Derivar al cliente a un centro de ex-convictos para que le ayuden a encontrar trabajo.
Ayudar al cliente a comprender la importancia
21. de la honestidad para ganarse la confianza de los demás y el respeto hacia sí mismo.
22. Ayudar al cliente a ver la importancia de la restitución para la autoestima; ayudarle a desarrollar un plan para restituir los resultados de su comportamiento.
23. Repasar la puesta en práctica del plan de restitución del cliente; reforzar los logros y reorientar los fracasos.

DIAGNÓSTICOS SUGERIDOS

Eje I:	304.30	Dependencia de cannabis
	304.20	Dependencia de cocaína
	303.90	Dependencia del alcohol
	304.80	Dependencia de varias sustancias
	312.32	Cleptomanía
	V71.01	Comportamiento antisocial del adulto
	309.3	Trastorno adaptativo con trastorno de comportamiento
Eje II:	301.7	Trastorno antisocial de la personalidad
	799.9	Diagnóstico aplazado
	V71.09	Sin diagnóstico

CONFUSIÓN ESPIRITUAL

DEFINICIONES CONDUCTUALES

1. Verbalización del deseo de mantener una relación más cercana con un poder superior.
2. Sentimientos y actitudes en torno un poder superior caracterizados por el miedo, la ira y la desconfianza.
3. Verbalización de un sentimiento de vacío en su vida, como si le faltara algo.
4. Opinión negativa y pesimista sobre la vida y los demás.
5. Necesidad percibida de un poder superior, pero al crecer sin formación ni conocimientos religiosos, no sabe dónde ni cómo empezar.
6. Incapacidad de conectar con un poder superior, debido al miedo, el dolor y el rechazo procedentes de una educación religiosa.
7. Dificultades en comprender y aceptar los pasos dos y tres de Alcohólicos Anónimos (AA) (es decir, dificultad en creer en un poder superior).

METAS A LARGO PLAZO

1. Clarificar los conceptos espirituales e inculcar la libertad de considerar un poder superior como fuente de apoyo.
2. Creer más y desarrollar más la relación con un poder superior.
3. Empezar a tener fe en un poder superior e incorporarla en el sistema de apoyo.
4. Resolver los problemas que han impedido el desarrollo y el crecimiento de la fe o de la creencia.

OBJETIVOS A CORTO PLAZO

- Resumir lo más destacado de su
1. búsqueda o viaje espiritual hasta la fecha. (1)
Describir las creencias y los
 2. sentimientos en torno a la idea de un poder superior. (2, 3, 4)
Describir los primeros aprendizajes sobre los
 3. conceptos espirituales e identificar su impacto en las creencias religiosas actuales. (5)
Verbalizar un mejor conocimiento y comprensión del concepto de poder superior. (6, 7)
 5. Identificar los bloqueos específicos que impidan creer en un poder superior. (8, 9)

INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS

1. Pedir al cliente que escriba la historia de su búsqueda o viaje espiritual; analizar el material.
Pedir al cliente que enumere todas sus
2. creencias relacionadas con un poder superior; analizar las creencias.
Ayudar al cliente a procesar y clarificar sus
3. sentimientos sobre un poder superior.
Explorar las causas de los componentes emocionales (por ejemplo, miedo, rechazo, paz, aceptación, abandono) de la reacción del
4. cliente ante un poder superior.
Repasar las primeras experiencias vitales del
5. cliente en torno a la creencia en un poder superior.
Pedir al cliente que hable con un capellán, un pastor, un rabino o un cura sobre sus
6. conflictos, problemas o dudas espirituales y tomar nota de sus comentarios.
Pedir al cliente que lea *God: A Biography* (Miles) o *The History of God* (Amstrong) para
7. conocer mejor y hacerse una mejor idea del concepto de poder superior.
Ayudar al cliente a identificar los problemas o
8. bloqueos específicos que le impiden desarrollar su espiritualidad.

6. Comprender la diferencia entre religión y fe. (10)
- Sustituir el enfoque de que el poder superior es duro y crítico
7. con una creencia en un poder superior indulgente y afectuoso. (9, 11)
8. Intentar a diario estar en contacto con un poder superior. (12, 13, 14)
9. Verbalizar la separación entre las creencias y los sentimientos hacia el propio padre terrenal de los relativos al poder supremo. (15, 16)
10. Reconocer la necesidad de separar las experiencias negativas del pasado vividas con personas religiosas de la
9. Animar al cliente a leer libros relacionados con experiencias de conversión (por ejemplo, *Surprised by Joy* de Lewis; *Confessions of St. Augustine* de Augustine; *The Seven Storey Mountain* de Merton; *Soul on Fire* de Cleaver).
10. Enseñar al cliente la diferencia entre religión y espiritualidad.
9. Animar al cliente a leer libros relacionados con experiencias de conversión (por ejemplo, *Surprised by Joy* de Lewis; *Confessions of St. Augustine* de Augustine; *The Seven Storey Mountain* de Merton; *Soul on Fire* de Cleaver).
11. Destacar que el poder superior se caracteriza por el amor y el perdón misericordioso hacia cualquier persona arrepentida que busque el perdón.
12. Recomendar al cliente meditar o rezar a diario; analizar la experiencia.
13. Pedir al cliente que escriba cada día una nota a su poder superior.
14. Animar y ayudar al cliente a encontrar e implementar un momento de devoción diario u otro ritual que fomente su crecimiento espiritual.
15. Ayudar al cliente a comparar sus creencias y sentimientos sobre su padre terrenal con los relativos a un poder superior.
16. Instarle a separar los sentimientos y creencias sobre el padre terrenal de los relativos a un poder superior para permitir su crecimiento y madurez espiritual.
17. Ayudar al cliente a evaluar los principios religiosos separadamente de las experiencias emocionales dolorosas vividas en el pasado

- evaluación espiritual actual. (17, 18)
11. Verbalizar la aceptación del perdón de un poder superior. (19, 20)
12. Pedir a una persona respetada con una aparente profundidad espiritual que actúe como mentor. (21)
13. Participar en grupos dedicados al enriquecimiento espiritual. (22, 23)
14. Leer libros centrados en cómo afianzar la conexión con un poder superior. (24)
- con personas religiosas.
18. Explorar las distorsiones religiosas y las críticas a las que el cliente se ha visto sometido por parte de otras personas.
Pedir al cliente que lea los libros *Serenity* (Helmfelt y Fowler) (todos los libros relacionados con los pasos dos y tres de AA); *The Road Less Travelled* (Peck); y *Search for Serenity* (Presnall); analizar el concepto de perdón.
Explorar los sentimientos de vergüenza y culpa
19. del cliente que le han llevado a sentirse indigno ante un poder superior y ante los demás.
20. Ayudar al cliente a encontrar a un mentor que le guíe en su desarrollo espiritual.
21. Dar a conocer al cliente las oportunidades de enriquecimiento espiritual (por ejemplo, estudios sobre la Biblia, grupos de estudio, grupos de comunión); analizar las experiencias que decida probar.
Sugerir al cliente que realice un receso espiritual (por ejemplo, *DeColores* o *Course in Miracles*) y que informe al terapeuta sobre la experiencia y lo que le ha aportado.
22. Pedir al cliente que lea libros para cultivar su espiritualidad (por ejemplo, *Cloistered Walk de Norris*; *Hymns to an Unknown God de Keen*; *The Care of the Soul de Moore*).
23. 24.

DIAGNÓSTICOS SUGERIDOS

Eje I:	300.4	Trastorno distímico
	311	Trastorno depresivo no especificado
	300.00	Trastorno de ansiedad no especificado
	296.xx	Trastorno depresivo mayor

CRIANZA DE LOS HIJOS

DEFINICIONES CONDUCTUALES

1. Expresar una sensación de incapacidad a la hora de establecer límites efectivos con los hijos.
2. Afirmar tener dificultades en manejar un problema conductual difícil de un hijo.
3. Tener frecuentes problemas en controlar las reacciones emocionales ante la mala conducta de un hijo.
4. Conflicto creciente entre los cónyuges sobre cómo educar / impartir disciplina a los hijos.
5. Mostrar un patrón de supervisión laxa y de establecimiento inadecuado de límites.
6. Consentir con frecuencia los deseos y las peticiones de los hijos.
7. Mostrar un patrón de comportamiento severo, rígido y humillante hacia los hijos.
8. Mostrar un patrón de progenitor abusivo física y emocionalmente.
9. Desconocimiento sobre lo que cabe esperar del comportamiento de un niño a un nivel de desarrollo determinado.
10. Haber agotado las ideas y los recursos para intentar manejar el comportamiento del hijo.

METAS A LARGO PLAZO

1. Ser capaz de educar a los hijos de orma competente y efectiva.
2. Manejar satisfactoriamente la conducta problemática difícil del hijo.
3. Tener una visión y un enfoque realistas de lo que significa educar a los hijos, teniendo en cuenta su nivel de desarrollo.
4. Poner fin a la educación inefectiva y/o abusiva y poner en práctica técnicas positivas y efectivas.
5. Reforzar el equipo formado por los dos progenitores resolviendo los conflictos conyugales.
6. Mejorar el nivel de conexión familiar.

OBJETIVOS A CORTO PLAZO

1. Aportar información sobre la relación conyugal, las expectativas sobre la conducta de los hijos y el estilo de crianza. (1)
2. Identificar los conflictos conyugales específicos y trabajar para su resolución. (2, 3)
3. Completar algunos instrumentos de evaluación recomendados y recibir los resultados. (4, 5, 6)

INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS


1. Implicar a los padres empatizando y normalizando sus problemas en torno a la crianza de sus hijos y obtener información sobre su relación conyugal, sus expectativas sobre la conducta de los hijos y su estilo de crianza.
2. Analizar los datos recibidos de los padres sobre su relación y la crianza de sus hijos y establecer o descartar la presencia de conflictos conyugales.
3. Realizar o derivar a los padres a una terapia conyugal / relacional para resolver los conflictos que les estén impidiendo ser unos padres efectivos.
4. Administrar o disponer lo necesario para que los padres completen algunos instrumentos de evaluación para valorar sus puntos fuertes y débiles como padres (por ejemplo, el *Parenting Stress Index* [PSI] o el *Parent-Child Relationship Inventory*)


- [PCRI]).
- Compartir los resultados de los instrumentos de valoración con los padres e identificar los problemas que dificultan que empiecen a trabajar para reforzar su equipo.
5. Utilizar los resultados de las pruebas para identificar los puntos fuertes de los padres y empezar a reforzar el nivel de confianza y de efectividad de los padres como equipo.
 6. Crear un entorno compasivo y empático en el que los padres se sientan lo suficientemente cómodos para bajar la guardia y expresar sus frustraciones como padres.
 7. Educar a los padres sobre todo lo que conlleva la crianza de los hijos mediante el humor y la normalización.
 8. Ayudar a los padres a reducir sus expectativas irrealistas en torno a su actuación como padres.
 9. Explorar el historial infantil de ambos progenitores para identificar las cuestiones no resueltas que siguen presentes e identificar cómo estas cuestiones están afectando a su capacidad de ser unos padres efectivos.
 10. Ayudar a los padres a trabajar las cuestiones de la infancia que están por resolver.
 11. Evaluar el nivel de reacción de los padres como equipo ante el comportamiento de los hijos y ayudarles a aprender a responder de un modo más modulado, reflexivo y planeado.
 - 12.
4. Expresar los sentimientos de frustración, impotencia e incompetencia que ambos sienten en su papel como padre o madre. (7, 8, 9)
 5. Identificar las cuestiones no resueltas de la infancia que les afectan como padres y trabajar para su resolución. (10, 11)
 6. Calmar las reacciones ante las conductas de los hijos. (12, 13, 14)


- Identificar el tipo de personalidad / carácter del hijo que causa problemas y elaborar estrategias concretas para manejar más satisfactoriamente este tipo de personalidad / carácter. (15, 16, 17)
13. Ayudar a los padres a ser conscientes de los “puntos calientes” que provocan una rápida respuesta negativa por su parte cuando su hijo los toca y de cómo esta respuesta demasiado reactiva les hace menos eficaces como padres.
Mediante juegos de rol, representar situaciones reactivas con los padres para ayudarles a aprender a responder
14. meditadamente en lugar de reaccionar automáticamente a las demandas o conductas negativas de su hijo.
15. Pedir a los padres que lean *The Challenging Child* (Greenspan) y luego identificar el tipo de patrón de conducta difícil que muestra su hijo; fomentar la puesta en práctica de varios de los métodos de crianza sugeridos para ese tipo de niños.
16. Ampliar el repertorio de opciones de intervención de los padres pidiéndoles que lean material sobre la crianza de niños difíciles (por ejemplo, *The Difficult Child* de Turecki y Tonner; *The Explosive Child* de Greene; *How to Handle a Hard-to-Handle Kid* de Edwards).
17. Apoyar, capacitar, observar y animar a los padres a poner en práctica nuevas estrategias para criar a su hijo, aportando comentarios y reorientándolas según convenga.
Utilizar un enfoque pedagógico



8. Verbalizar que comprenden cómo influye su reacción en el comportamiento de su hijo. (18, 19)

18. empezando por enseñar a los padres cómo las interacciones conductuales entre padres e hijo pueden fomentar o desalentar un comportamiento positivo o negativo y que se pueden cambiar elementos clave de esas interacciones (por ejemplo, provocar y reforzar los comportamientos positivos) para pro-mover un cambio positivo (por ejemplo, *Parenting the Strong-willed Child* de Forehand y Long). 

19. Enseñar a los padres a definir concretamente e identificar los comportamientos problemáticos, identificar cómo reaccionan ante tales comportamientos, determinar si su reacción alienta o desalienta ese comportamiento; generar conductas reactivas constructivas alternativas. 

20. Enseñar a los padres a implementar sistemáticamente prácticas de educación clave, como establecer normas realistas apropiadas para la edad en torno a la conducta aceptable e inaceptable, provocar una conducta positiva en el entorno, utilizar el refuerzo positivo para alentar ese comportamiento (por ejemplo, elogios), uso de instrucciones directas claras, pérdida del permiso para salir y otros privilegios por problemas de comportamiento, negociación y renegociación (generalmente con niños mayores y adolescentes). 



9. Implementar prácticas de educación de los hijos que se hayan mostrado eficaces. (20, 21, 22)

Mandar como deberes a los

- padres poner en práctica y anotar los resultados de los ejercicios de puesta en práctica; repasar durante la sesión, aportar correcciones para que utilicen sus aptitudes mejor, de manera apropiada y coherente. ▼
21. Pedir a los padres que lean manuales sobre la crianza de los hijos (por ejemplo, *Parenting Through Change* de Forgatch) o mirar videos que muestren técnicas eficaces de crianza (ver *Webster-Stratton*, 1994) ▼
22. Apoyar, capacitar, observar y animar a los padres a poner en práctica nuevas estrategias para criar a su hijo, aportando comentarios y reorientándolas según convenga.
17. Enseñar a los padres o derivarles hacia una formación estructurada sobre métodos de crianza efectivos (por ejemplo, *1-2-3 Magic* de Phelan; *Parenting with Love and Logic* de Cline and Fay).
23. Enseñar a los padres las principales diferencias entre los niños y las niñas, como el nivel de desarrollo, los puntos de vista, el control de los impulsos y la ira, y cómo manejar estas diferencias en el proceso de crianza.
24. Pedir a los hijos que realicen la “*Parent Report Card*” (Berg-Gross) y la comenten con los padres; apoyar los puntos fuertes de los padres e identificar los puntos débiles que hay que reforzar.
25. Verbalizar la sensación de ser unos padres con más aptitudes, más eficaces y con más confianza. (17, 23, 24, 25)
10. 21. 22. 23. 24. 25.

11. Que la pareja exprese oralmente apoyo al otro en la crianza de los hijos. (26, 27)
12. Reducir las presiones, peticiones y distracciones externas que consumen energía y tiempo de la familia. (28, 29)
13. Desarrollar las aptitudes para hablar abierta y eficazmente con los hijos. (30, 31)
26. Ayudar a los padres a identificar sus puntos débiles como equipo; ayudar a los padres a mejorar sus aptitudes y fomentar su confianza y seguimiento.
- Ayudar a los padres a identificar y poner en práctica formas concretas de apoyarse mutuamente como padres y a darse cuenta de cómo actúan los hijos para evitar que los padres cooperen y obtener así lo que quieren.
- 27.
28. Autorizar a los padres a participar junto a sus hijos en diferentes actividades, organizaciones o deportes.
29. Pedir a los padres la planificación semanal de todas las actividades de la familia y evaluar dicha planificación con ellos, buscando las actividades que son valiosas y las que se pueden eliminar para crear momentos más focalizados y más relajados para estar con los hijos.
30. Utilizar la modelización y los juegos de rol para enseñar a los padres a escuchar más que hablar a sus hijos y a utilizar preguntas de final abierto para fomentar la apertura, la comunicación y el diálogo permanente.
- Pedir a los padres que lean material sobre la comunicación entre padres e hijos (por ejemplo, *How to Talk so Kids Will Listen and Listen so Kids Will Talk* de Faber y Mazlish; *Parent Effectiveness Training* de
- 31.


14. Que los padres verbalicen que han abandonado las expectativas perfeccionistas con respecto a su hijo. (32, 33)
15. Verbalizar que son más conscientes y comprenden mejor los problemas y las dificultades únicas que entraña tener hijos adolescentes. (34, 35, 36)
- Gordon); ayudarles a poner en práctica un nuevo estilo comunicativo en el diálogo diario con sus hijos y ver las respuestas positivas de cada hijo ante ello.
32. Subrayar ante los padres cualquier expectativa irrazonable y perfeccionista que tengan con respecto a su hijo y ayudarles a modificar esas expectativas.
33. Ayudar a los padres a identificar las consecuencias o resultados negativos de las expectativas perfeccionistas sobre un niño y sobre la relación entre padres e hijos.
34. Proporcionar a los padres una visión equilibrada del impacto que los otros adolescentes tienen en su hijo.
35. Enseñar a los padres el concepto de que la adolescencia es una época en la que los padres deben “bajar por los rápidos de la adolescencia” (ver *Turning Points* de Pittman; *Preparing for Adolescence: How to Survive the Coming Years of Change* de Dobson), unos rápidos que hay que cruzar para sobrevivir.
36. Ayudar a los padres a hacer frente a los problemas, a reducir su miedo a los grupos de coetáneos negativos y a las influencias negativas de los otros adolescentes y su temor de perder su influencia sobre esos grupos.
37. Orientar a los padres en la identificación y la puesta en práctica de medidas constructivas

16. Separarse gradualmente del adolescente, de un modo constructivo y afirmativo. (37)
17. Que los padres y el hijo afirmen sentirse más conectados mutuamente. (38, 39)
37. y afirmativas que permitan y refuercen que su adolescente se separe de un modo saludable.
- Ayudar a los padres a eliminar y superar las barreras que impiden o limitan la conexión entre los miembros de la familia y a encontrar actividades que promuevan la conexión (por ejemplo, juegos, tiempo a solas con cada uno de ellos).
- 38.
39. Transmitir la idea a los padres de que el tiempo de calidad consiste en “estar simplemente en casa” o estar cerca / disponible.

DIAGNÓSTICOS SUGERIDOS

Eje I:	309.3	Trastorno adaptativo con trastorno de comportamiento
	309.4	Trastorno adaptativo con alteración mixta de las emociones y el comportamiento
	V61.21	Negligencia de la infancia
	V61.20	Problemas paterno-filiales
	V61.10	Problemas conyugales
	V61.21	Abuso físico del niño
	V61.21	Abuso sexual del niño
	313.81	Trastorno negativista desafiante
	312.9	Trastorno de comportamiento perturbador no especificado
	312.8	Trastorno disocial, tipo de inicio adolescente
	314.01	Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado
Eje II:	301.7	Trastorno antisocial de la personalidad
	301.6	Trastorno de la personalidad por dependencia
	301.81	Trastorno narcisista de la personalidad
	799.9	Diagnóstico aplazado
	V71.09	Sin diagnóstico en el Eje II

Nota

 indica que los objetivos / intervenciones seleccionados coinciden con los de los tratamientos basados en la evidencia.

DÉFICITS COGNOSCITIVOS

DEFINICIONES CONDUCTUALES

1. Pensamiento concreto o alteración del pensamiento abstracto.
2. Incomprensión de las consecuencias del comportamiento (es decir, facultades mentales alteradas).
3. Déficits de memoria a corto plazo.
4. Déficits de memoria a largo plazo.
5. Dificultad en seguir direcciones complejas o secuenciales.
6. Pérdida de orientación personal, de lugar o temporal.
7. Atención distraída.
8. Comportamiento impulsivo que contraviene las costumbres sociales.
9. Alteración del habla y el lenguaje.

METAS A LARGO PLAZO

1. Comprender y aceptar la alteración cognoscitiva.
2. Desarrollar estrategias de manejo alternativas para compensar las limitaciones cognoscitivas.

OBJETIVOS A CORTO PLAZO

1. Describir todos los síntomas que puedan estar relacionados con un déficit neurológico. (1, 2)

2. Cooperar en la realización de pruebas neuropsicológicas. (3, 4)

3. Realizar una revisión neurológica. (5)

4. Comprender y aceptar las limitaciones cognoscitivas y utilizar mecanismos de manejo alternos.

INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS

1. Explorar los signos y los síntomas de una posible disfunción neurológica del cliente (por ejemplo, pérdida de memoria, mala coordinación, pensamiento abstracto dañado, déficits del habla y del lenguaje, funciones ejecutivas perturbadas, desorientación, facultades mentales alteradas, falta de atención, dolores de cabeza, mareos, visión borrosa).
2. Evaluar y hacer un seguimiento del comportamiento cognoscitivo del cliente en sesiones individuales.

3. Organizar la realización por parte del cliente de pruebas psicológicas para determinar la naturaleza y el grado de los déficits cognoscitivos.

4. Administrar las pruebas psicológicas adecuadas (por ejemplo, *Wechsler Adult Intelligence Scale-III*, *Booklet Category Test*, *Trailmaking*, *Haldstead-Reitan Battery*, *Luria-Nebraska Battery*, *Wechsler Memory Scale*, escalas de evaluación de la memoria) para determinar la naturaleza, la extensión y el posible origen de los déficits cognoscitivos del cliente.

5. Derivar al cliente a un neurólogo que evalúe sus déficits orgánicos y determine las posibles causas.

6. Informar al cliente de los resultados de la valoración cognoscitiva y establecer unos objetivos adecuados de conformidad con las pruebas.

(6, 7)

- Verbalizar los sentimientos asociados con la aceptación de la deficiencia cognoscitiva. (8)
5. Intentar completar tareas secuenciales simples. (9)
7. Poner en práctica mecanismos de mejora de la memoria. (19)
8. Identificar cuándo necesita buscar ayuda para una tarea y cuándo no. (7, 11)
9. Escribir en un plan quién y cuándo mantendrá un contacto con el cliente cada día para supervisarlos. (12, 13)
7. Ayudar al cliente a comprender y a aceptar sus limitaciones.
8. Explorar los sentimientos de depresión y ansiedad del cliente relacionados con su deficiencia cognoscitiva; ofrecerle ánimos y apoyo.
9. Asignar tareas secuenciales adecuadas para que el cliente las realice y orientarle cuando sea necesario para valorar sus capacidades cognoscitivas.
10. Asignar al cliente actividades o ejercicios de mejora de la memoria y observar su desempeño (por ejemplo, crucigramas, juegos de naipes, concursos de TV) y enseñarle estrategias para manejar la pérdida de memoria (por ejemplo, listas, rutinas, notas, repetirse las cosas en alto, utilizar estrategias nemotécnicas).
7. Ayudar al cliente a comprender y a aceptar sus limitaciones.
11. Establecer con el cliente y sus personas allegadas unos puntos concretos donde el cliente puede encontrar ayuda.
12. Ayudar al cliente a identificar a personas de las que pueda depender y que le puedan supervisar de manera regular.
13. Elaborar un horario con el cliente donde marque las horas de supervisión y la persona con quien realizará dicha supervisión.

DIAGNÓSTICOS SUGERIDOS

Eje I:	310.1	Cambio de personalidad debido a trastorno del Eje III
	294.8	Demencia no especificada
	294.1	Demencia debida a trastorno del Eje III
	291.2	Demencia persistente inducida por alcohol
	291.1	Trastorno amnésico persistente inducido por alcohol
	294.8	Trastorno amnésico no especificado
	303.90	Dependencia del alcohol
	304.30	Dependencia de cannabis
	294.0	Trastorno amnésico debido a trastorno del Eje III
	294.9	Trastorno cognoscitivo no especificado
Eje II:	799.9	Diagnóstico aplazado
	V71.09	Sin diagnóstico

DÉFICITS EDUCATIVOS

DEFINICIONES CONDUCTUALES

1. Imposibilidad de cumplir los requisitos para terminar la enseñanza secundaria o de obtener el graduado de secundaria.
2. Carecer de aptitudes laborables válidas y necesidad de recibir formación profesional.
3. Analfabetismo funcional.
4. Historial de dificultades escolares o en otras situaciones de aprendizaje no debidas al comportamiento.

METAS A LARGO PLAZO

1. Reconocer la necesidad de terminar la enseñanza secundaria o de obtener el graduado de secundaria e inscribirse en los cursos necesarios.
2. Buscar formación profesional para conseguir unas aptitudes laborales válidas.
3. Mejorar la alfabetización.
4. Sacarse el graduado de enseñanza secundaria.
5. Determinar la existencia de un problema de aprendizaje y empezar a desarrollar aptitudes para superarlo.

OBJETIVOS A CORTO PLAZO

- Identificar los factores que contribuyeron al abandono de los estudios. (1, 2)
1. Contribuyeron al abandono de los estudios. (1, 2)
- Comprobar oralmente la necesidad de sacarse el graduado de secundaria. (3, 4, 5, 6)
2. De sacarse el graduado de secundaria. (3, 4, 5, 6)
- Realizar una evaluación para identificar su estilo de aprendizaje y para establecer o descartar un problema de aprendizaje específico.
3. Realizar una evaluación para identificar su estilo de aprendizaje y para establecer o descartar un problema de aprendizaje específico.

INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS

- Explorar la actitud del cliente hacia la formación y las experiencias familiares, con coetáneos y/o escolares que condujeron al abandono de los estudios.
1. Explorar la actitud del cliente hacia la formación y las experiencias familiares, con coetáneos y/o escolares que condujeron al abandono de los estudios.
- Determinar los antecedentes educativos del cliente a partir de sus explicaciones incluyendo el nivel de formación alcanzado en la familia y los problemas que tuvo con determinadas asignaturas (por ejemplo, lectura, matemáticas).
2. Determinar los antecedentes educativos del cliente a partir de sus explicaciones incluyendo el nivel de formación alcanzado en la familia y los problemas que tuvo con determinadas asignaturas (por ejemplo, lectura, matemáticas).
- Hablar con el cliente sobre su necesidad de seguir estudiando.
3. Hablar con el cliente sobre su necesidad de seguir estudiando.
- Ayudar al cliente a enumerar en una lista los efectos negativos que ha tenido en su vida el hecho de carecer del graduado de secundaria.
4. Ayudar al cliente a enumerar en una lista los efectos negativos que ha tenido en su vida el hecho de carecer del graduado de secundaria.
- Apoyar y orientar al cliente para que reciba más formación académica.
5. Apoyar y orientar al cliente para que reciba más formación académica.
- Reforzar y animar al cliente a que realice formación académica y/o profesional destacando las ventajas a nivel social, económico y sobre su autoestima.
6. Reforzar y animar al cliente a que realice formación académica y/o profesional destacando las ventajas a nivel social, económico y sobre su autoestima.
- Realizar una prueba o derivar al cliente a un especialista para que evalúe su estilo de aprendizaje, sus puntos cognoscitivos fuertes y para establecer o descartar un
7. Realizar una prueba o derivar al cliente a un especialista para que evalúe su estilo de aprendizaje, sus puntos cognoscitivos fuertes y para establecer o descartar un

- (7)
4. Cooperar en la realización de una valoración psicológica para evaluar un posible Trastorno por Déficit de la Atención (TDA) que haya podido interferir en los resultados escolares. (8)
5. Realizar una evaluación para determinar la necesidad de medicación psicotrópica. (9, 10, 11)
6. Poner en práctica las recomendaciones de las evaluaciones. (12)
7. Identificar los hechos y los sentimientos relacionados con las experiencias negativas y críticas relacionadas con la educación vividas con los padres, los profesores o los coetáneos. (13, 14)
8. Verbalizar que siente menos ansiedad y negatividad asociadas a las situaciones de aprendizaje. (15, 16)
9. Identificar sus puntos fuertes académicos y motivacionales. (17)
- problema de aprendizaje.
8. Derivar al cliente para que le realicen o realizarle una evaluación psicológica para establecer un posible Trastorno por Déficit de Atención (TDA) (ver el capítulo sobre Trastorno por Déficit de Atención, Adulto en este mismo libro).
9. Derivar al cliente a un médico que evalúe la necesidad de administrarle medicación para el TDA.
10. Animar al cliente a tomar la medicación psicotrópica recetada y a hablar de su eficacia y de los efectos secundarios.
11. Hacer un seguimiento del cumplimiento, la eficacia y los efectos secundarios de los psicotrópicos recetados al cliente.
12. Animar al cliente a poner en práctica las recomendaciones de las evaluaciones educativas, psicológicas y médicas.
13. Pedir al cliente que escriba en una lista los mensajes negativos que ha recibido en situaciones de aprendizaje procedentes de profesores, padres y coetáneos; analizar esta lista con el terapeuta.
14. Facilitar que el cliente reconozca la vergüenza o el bochorno que siente al carecer de aptitudes lectoras, de logros educativos o de aptitudes profesionales.
15. Animar y reafirmar verbalmente al cliente a medida que su nivel de formación vaya aumentando.
16. Ayudar al cliente a desarrollar estrategias (por ejemplo, respiración profunda, relajación muscular, reflexiones positivas) para manejar sus propios miedos y ansiedades en situaciones de aprendizaje.
17. Ayudar al cliente a identificar sus puntos fuertes académicos y motivacionales

- académicos y motivacionales. (17)
10. Realizar comentarios positivos sobre las oportunidades educativas. (18)
11. Aceptar buscar ayuda pedagógica para aprender a leer. (19, 20)
12. Comprometerse a realizar más formación académica o profesional. (21)
13. Establecer los contactos necesarios para informarse sobre cómo matricularse en un instituto de secundaria o en un centro de formación profesional. (22, 23)
14. Asistir a clase sistemáticamente para terminar la formación académica o los cursos de formación profesional. (24)
- realistas.
18. Reconducir las reflexiones negativas del cliente ante los resultados de pruebas o ante logros que haya tenido poco en cuenta.
19. Evaluar los déficits de lectura del cliente.
20. Derivar al cliente a recursos para aprender a leer. Hacer un seguimiento y fomentar el progreso del cliente.
21. Que el cliente se comprometa a buscar más formación académica o profesional.
22. Informar al cliente sobre los recursos públicos disponibles para la formación de adultos, para sacarse el graduado de secundaria y para realizar formación profesional.
23. Pedir al cliente que establezca contactos preliminares con centros de formación profesional o académica y que comente la experiencia con el terapeuta.
24. Hacer un seguimiento y apoyar la asistencia del cliente a las clases de formación académica o profesional.

DIAGNÓSTICOS SUGERIDOS

Eje I:	V62.3	Problema académico
	V62.2	Problema laboral
	315.2	Trastorno de la expresión escrita
	315.00	Trastorno de la lectura
Eje II:	V62.89	Capacidad intelectual límite
	317	Retraso mental leve

DEPENDENCIA

DEFINICIONES CONDUCTUALES

1. Incapacidad de ser autosuficiente, dependiendo sistemáticamente de los padres para que proporcionen apoyo económico, vivienda o cuidados.
2. Historial de muchas relaciones íntimas, con poca separación (o ninguna) entre el final de una y el inicio de la siguiente.
3. Sensación intensa de pánico, miedo e impotencia al enfrentarse a la soledad cuando termina una relación íntima.
4. Las críticas hieren fácilmente sus sentimientos y se preocupa mucho por agradar a los demás.
5. Incapacidad de tomar decisiones o de iniciar acciones sin la reafirmación excesiva de los demás.
6. Preocupación frecuente con miedo a ser abandonado.
7. Basa su autoestima, su felicidad y su realización exclusivamente en las relaciones.
8. Ha sufrido malos tratos en al menos dos relaciones pero le costó ponerles fin.
9. Evita de estar en desacuerdo con los demás por miedo a ser rechazado.

METAS A LARGO PLAZO

1. Confiar en que es capaz de satisfacer sus propias necesidades y en que puede estar solo.
2. Lograr un equilibrio saludable entre la independencia y la dependencia.
3. Dependier menos de las relaciones y empezar a satisfacer sus propias necesidades, reforzar la confianza y practicar la reafirmación personal.
4. Establecer unos límites individuales firmes y mejorar la autoestima.
5. Romper de manera permanente con cualquier relación abusiva.
6. Emanciparse de la dependencia emocional y económica de los padres.

OBJETIVOS A CORTO PLAZO

1. Describir el estilo y el patrón de dependencia emocional en las relaciones. (1)
2. Verbalizar que es más consciente de su dependencia. (2, 3)
3. Verbalizar que es consciente de que se esfuerza automáticamente por satisfacer las expectativas de los demás. (4, 5, 6)
4. Hacer una lista con las cosas positivas de sí mismo. (7, 8)

INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS

1. Explorar el historial de dependencia emocional del cliente desde unas necesidades infantiles no satisfechas hasta las relaciones actuales.
Elaborar un genograma familiar para que el cliente comprenda mejor los patrones familiares de dependencia en las relaciones y cómo los está repitiendo en su relación actual.
2. Pedir al cliente que lea *Codependent No More* (Beattie), *Women Who Love Too Much* (Norwood), o *Getting Them Sober* (Drews). Analizar las ideas clave.
3. Explorar la familia de origen del cliente buscando experiencias de abandono emocional.
4. Ayudar al cliente a identificar en qué se basa su miedo a decepcionar a los demás.
Leer con el cliente la fábula titulada “*The Bridge*” (El puente) en *Friedman’s Fables* (Friedman). Analizar el significado de la fábula.
5. Ayudar al cliente a elaborar una lista de sus atributos y logros positivos.
Pedir al cliente que adopte el ritual de

- Identificar y reemplazar pensamientos automáticos distorsionados asociados con la reafirmación personal, estar solo, o mantener los límites de la responsabilidad personal. (5, 9, 10, 11)
5. Verbalizar una menor sensibilidad ante las críticas. (12, 13, 14)
7. Decir más veces “no” a las peticiones de los demás. (15, 16)
8. Comunicar cualquier incidente que haya surgido por haber expresado verbalmente su opinión. (16, 17)
8. empezar cada día con 5 a 10 minutos de soledad centrándose en la afirmación personal.
5. Ayudar al cliente a identificar en qué se basa su miedo a decepcionar a los demás. Explorar e identificar los pensamientos automáticos distorsionados y negativos del cliente asociados con la reafirmación personal, con estar solo o con no satisfacer las necesidades de los demás. Explorar y aclarar los miedos del cliente u
9. otros sentimientos negativos asociados con ser más independiente.
10. Ayudar al cliente a desarrollar mensajes sobre sí mismo positivos y basados en la realidad para reemplazar las reflexiones distorsionadas y negativas.
11. Explorar la sensibilidad del cliente ante las críticas y ayudarlo a desarrollar nuevas maneras de recibirlas, tratarlas y responder a ellas.
12. Pedir al cliente que lea libros sobre la reafirmación personal (por ejemplo, *When I Say No I Feel Guilty* de Smith).
13. Reforzar verbalmente cualquier señal de reafirmación personal y de independencia.
14. Pedir al cliente que diga “no” sin dar demasiadas explicaciones durante una semana y analizarlo con él.
15. Enseñar al cliente a reafirmarse o derivarlo a un grupo que facilite y desarrolle sus capacidades asertivas a través de conferencias y ejercicios.
16. Enseñar al cliente a reafirmarse o derivarlo a un grupo que facilite y desarrolle sus capacidades asertivas a través de conferencias y ejercicios.
16. Pedir al cliente que durante un día hable con total franqueza y analizar los resultados con él.
- 17.

9. Identificar las propias necesidades emocionales y sociales y las formas de satisfacerlas. (18, 19)
10. Dar ejemplos de situaciones en que haya recibido favores de los demás sin sentir la necesidad de devolvérselos. (20)
11. Verbalizar una mayor consciencia de la responsabilidad hacia uno mismo y un menor sentimiento de responsabilidad hacia los demás. (21, 22, 23)
12. Verbalizar una mayor consciencia de los límites y de cuándo se violan. (24, 25, 26)
13. Verbalizar más a menudo que se tienen claros los límites con los demás. (27)
18. Pedir al cliente que elabore una lista de sus necesidades emocionales y sociales y de los modos en que las podría satisfacer; analizar la lista.
19. Pedir al cliente que enumere maneras de empezar a cuidar de sí mismo; después, identificar dos o tres que podría empezar ahora y acordar que las pondrá en práctica. Hacer un seguimiento de su desarrollo y de los sentimientos en torno a este cambio personal.
20. Pedir al cliente que permita que los demás le hagan favores y que reciba sin dar nada a cambio. Analizar los progresos y los sentimientos relacionados con este ejercicio.
21. Ayudar al cliente a identificar y a poner en práctica maneras de ser más independiente en su vida diaria.
22. Ayudar al cliente a desarrollar nuevos límites para no aceptar la responsabilidad de las acciones o de los sentimientos de los demás.
23. Facilitar sesiones conjuntas con la pareja del cliente para explorar cómo aumentar su independencia dentro de la relación.
24. Pedir al cliente que escriba en un diario los límites de la responsabilidad sobre sí mismo y sobre los demás y las situaciones en las que sea consciente de que él mismo o los demás rompen esos límites.
25. Pedir al cliente que lea el libro *Boundaries: Where You End and I Begin* (Katherine) y analizar las ideas clave.
26. Pedir al cliente que lea el capítulo sobre establecer límites en el libro *A Gift To Myself* (Whitfield) y que realice la encuesta que aparece sobre los límites personales. Analizar las ideas clave y los resultados de la encuesta.
- Reforzar que el cliente establezca sus

- propios límites.
- Confrontar la tendencia del cliente a evitar
28. tomar decisiones y animarle a esforzarse en tomar decisiones proactivas.
- Reforzar verbal y positivamente al cliente
29. cada vez que tome una decisión bien meditada y a tiempo.
15. Participar en un grupo de Alcohólicos Anónimos para reforzar los esfuerzos del cliente en romper el ciclo de dependencia con un compañero dependiente de sustancias. (30)
30. Derivar al cliente a Alcohólicos Anónimos o a otro grupo de autoayuda.
16. Elaborar un plan para poner fin a la relación con una pareja abusiva, y poner en práctica el plan con la orientación del terapeuta. (31, 32, 33)
- Pedir al cliente que lea *The Verbally Abusive Relationship* (Evans); analizar las ideas clave y los conceptos.
31. Derivar al cliente a un hogar seguro.
32. Derivar al cliente a un programa contra la violencia doméstica, hacer un seguimiento y animarle a permanecer en el programa.
- 33.

DIAGNÓSTICOS SUGERIDOS

Eje I:	300.4	Trastorno distímico
	995.81	Abuso físico del adulto, víctima
Eje II:	301.82	Trastorno de la personalidad por evitación
	301.83	Trastorno límite de la personalidad
	301.6	Trastorno de la personalidad por dependencia

DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS

DEFINICIONES CONDUCTUALES

1. Consume sistemáticamente alcohol u otras drogas que alteran el estado de ánimo hasta intoxicarse gravemente o perder el conocimiento.
2. Es incapaz de abandonar o reducir el consumo de drogas que alteran el estado de ánimo una vez ha empezado, a pesar de expresar verbalmente el deseo de hacerlo y de las consecuencias negativas que provoca el consumo continuado.
3. Sus análisis de sangre reflejan un patrón de consumo elevado de sustancias (por ejemplo, niveles elevados de encimas hepáticas).
4. Niega tener un problema con el abuso de sustancias a pesar de la confirmación directa por parte de la pareja, los parientes, los amigos y los jefes de que el consumo de la sustancia está afectándole negativamente a él y a los demás.
5. Describe desvanecimientos amnésicos que le ocurren cuando consume alcohol.
6. Sigue consumiendo drogas y/o alcohol a pesar de experimentar de forma persistente o recurrente problemas físicos, legales, profesionales, sociales o en sus relaciones directamente causados por el abuso de la sustancia.
7. Muestra una mayor tolerancia hacia la sustancia, y prueba de ello es que necesita más cantidad para intoxicarse u obtener el efecto deseado.
8. Muestra síntomas físicos (es decir, temblores, convulsiones, náuseas, dolores de cabeza, sudoración, ansiedad, insomnio, depresión) cuando no toma la sustancia.
9. Suspende actividades sociales, recreativas o profesionales importantes porque interfieren con el abuso de la sustancia alteradora del estado de ánimo.
10. Invierte mucho tiempo en actividades para obtener la sustancia, para consumirla o para recuperarse de sus efectos.
11. Consume sustancias que alteran el estado de ánimo en cantidades cada vez mayores y durante periodos más largos de lo previsto.
12. Sigue consumiendo sustancias que alteran el estado de ánimo a pesar de que un médico le haya informado de que le están provocando problemas de salud.


METAS A LARGO PLAZO

1. Aceptar que sufre una dependencia de las sustancias y empezar a participar activamente en un programa de rehabilitación.
2. Lograr una recuperación sostenida, sin consumir ningún tipo de sustancias que alteren el estado de ánimo.
3. Lograr y mantener una total abstinencia mejorando al mismo tiempo el conocimiento sobre la enfermedad y el proceso de rehabilitación.
4. Adquirir las aptitudes necesarias para mantener un estado de sobriedad a largo plazo sin consumir ningún tipo de sustancia que altere el estado de ánimo.
5. Tener una mejor calidad en su vida personal manteniendo una abstinencia continua de todas las sustancias que alteren el estado de ánimo.
6. Abandonar el consumo de la sustancia que altera el estado de ánimo, estabilizarse física y emocionalmente y luego establecer un plan de rehabilitación de apoyo.

OBJETIVOS A CORTO PLAZO

1. Describir el tipo, la cantidad, la frecuencia y los antecedentes del abuso de sustancias. (1)
 2. Realizar pruebas psicológicas destinadas a evaluar la naturaleza y la gravedad de la ansiedad social y de la evitación. (2)
 3. Realizar una revisión médica para evaluar los efectos de la dependencia de las sustancias. (3)
- Colaborar con un médico para evaluar la necesidad


INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS

- Recopilar los antecedentes completos de abuso de drogas / alcohol del cliente, incluyendo la cantidad y el patrón de consumo, signos y síntomas de consumo, y las consecuencias negativas en su vida (por ejemplo, sociales, legales, familiares, profesionales).
1. Administrar al cliente una prueba objetiva de abuso de drogas y/o alcohol (por ejemplo, el Índice de Gravedad del abuso de Alcohol, el *Michigan Alcohol Screening Test* “*MAST*”); analizar los resultados con el cliente.
 2. Derivar al cliente a una revisión médica para determinar las consecuencias físicas y médicas de su dependencia de las sustancias. 
 3. Organizar la colaboración para evaluar la necesidad de recetar








4. para evaluar la necesidad de medicación psicotrópica. (4, 5)

4. medicación psicotrópica (por ejemplo, medicación serotoninérgica). 


Observar el cumplimiento del tratamiento por parte del cliente, así como los efectos secundarios y la eficacia global de la medicación; consultar con el médico prescriptor a intervalos regulares.

5.  Derivar al cliente a una revisión médica para determinar las consecuencias físicas y médicas de su dependencia a las sustancias. 

Derivar al cliente a una revisión médica para determinar las consecuencias físicas y médicas de su dependencia a las sustancias.

3. Pedir al cliente que haga una lista de las maneras en que el abuso de sustancias ha influido negativamente en su vida; analizar las consecuencias médicas, en las relaciones, legales, profesionales y sociales (o mandar realizar el ejercicio “*Substance Abuse Negative Impact versus Sobriety’s Positive Impact*” en *Adult Psychotherapy Homework Planner*, 2ª edición, de Jongsma.) 

Pedir al cliente que haga una lista de las maneras en que el abuso de sustancias ha influido negativamente en su vida; analizar las consecuencias médicas, en las relaciones, legales, profesionales y sociales (o mandar realizar el ejercicio “*Substance Abuse Negative Impact versus Sobriety’s Positive Impact*” en *Adult Psychotherapy Homework Planner*, 2ª edición, de Jongsma.)

6. Mandar al cliente que pida a dos o tres personas cercanas a él que escriban una carta al terapeuta en la que describan cómo, según ellos, la dependencia a las sustancias del cliente ha influido negativamente en su vida. 

Mandar al cliente que pida a dos o tres personas cercanas a él que escriban una carta al terapeuta en la que describan cómo, según ellos, la dependencia a las sustancias del cliente ha influido negativamente en su vida.

7. Pedir al cliente que escriba un documento sobre “*Primeros Pasos*” para analizarlo después en grupo, con un mentor o con el


Pedir al cliente que escriba un documento sobre “*Primeros Pasos*” para analizarlo después en grupo, con un mentor o con el

- 8.




5. Identificar las consecuencias negativas del abuso de drogas y/o de alcohol. (3, 6)

Derivar al cliente a una revisión médica para determinar las consecuencias físicas y médicas de su dependencia a las sustancias.

3. Pedir al cliente que haga una lista de las maneras en que el abuso de sustancias ha influido negativamente en su vida; analizar las consecuencias médicas, en las relaciones, legales, profesionales y sociales (o mandar realizar el ejercicio “*Substance Abuse Negative Impact versus Sobriety’s Positive Impact*” en *Adult Psychotherapy Homework Planner*, 2ª edición, de Jongsma.) 

Pedir al cliente que haga una lista de las maneras en que el abuso de sustancias ha influido negativamente en su vida; analizar las consecuencias médicas, en las relaciones, legales, profesionales y sociales (o mandar realizar el ejercicio “*Substance Abuse Negative Impact versus Sobriety’s Positive Impact*” en *Adult Psychotherapy Homework Planner*, 2ª edición, de Jongsma.)

6. Mandar al cliente que pida a dos o tres personas cercanas a él que escriban una carta al terapeuta en la que describan cómo, según ellos, la dependencia a las sustancias del cliente ha influido negativamente en su vida. 

Mandar al cliente que pida a dos o tres personas cercanas a él que escriban una carta al terapeuta en la que describan cómo, según ellos, la dependencia a las sustancias del cliente ha influido negativamente en su vida.

7. Pedir al cliente que escriba un documento sobre “*Primeros Pasos*” para analizarlo después en grupo, con un mentor o con el

Pedir al cliente que escriba un documento sobre “*Primeros Pasos*” para analizarlo después en grupo, con un mentor o con el

- 8.












6. Reducir el nivel de negación del consumo, reflejado en el hecho de que habla menos de haber reducido su consumo y de que minimiza menos el impacto negativo en su vida. (7, 8)

Mandar al cliente que pida a dos o tres personas cercanas a él que escriban una carta al terapeuta en la que describan cómo, según ellos, la dependencia a las sustancias del cliente ha influido negativamente en su vida.

7. Pedir al cliente que escriba un documento sobre “*Primeros Pasos*” para analizarlo después en grupo, con un mentor o con el


Pedir al cliente que escriba un documento sobre “*Primeros Pasos*” para analizarlo después en grupo, con un mentor o con el

- 8.


- | | | |
|---|---|---|
| SIMJ | 7. Verbalizar las afirmaciones en primera persona del cliente que muestren que reconoce y acepta su dependencia de las sustancias. (9) | 9. terapeuta para recibir sus comentarios.  |
|  | 8. Verbalizar un mejor conocimiento del alcoholismo y del proceso de rehabilitación. (10, 11) | 9. Modelizar y reforzar las afirmaciones que reflejen la aceptación del cliente de su dependencia de las sustancias y las consecuencias destructivas para sí mismo y los demás. 
Pedir al cliente que se informe sobre la dependencia de sustancias y el proceso de rehabilitación (por ejemplo, mediante conferencias didácticas, lecturas, películas); pedir al cliente que identifique y analice los puntos clave.  |
|  | 9. Verbalizar el compromiso de abstenerse de consumir drogas que alteren el estado de ánimo. (12) | 11. Pedir al cliente que quede con algún miembro de Alcohólicos Anónimos o Toxicómanos Anónimos que lleve varios años trabajando en el programa de 12 pasos para descubrir cómo el programa le ha ayudado a permanecer sobrio; posteriormente, analizar la visita.  |
|  | 10. Asistir a las reuniones de Alcohólicos Anónimos o Toxicómanos Anónimos con tanta frecuencia como sea necesario para que le ayuden a mantenerse sobrio. (13) | 12. Elaborar un contrato de abstinencia con el cliente por el cual se comprometa a dejar de consumir la droga que él elija; analizar los sentimientos del cliente en torno a ese compromiso.  |
| | Verbalizar los factores | 13. Recomendar al cliente que asista a reuniones de Alcohólicos Anónimos o Toxicómanos Anónimos y comentar el impacto de las reuniones; analizar los mensajes que está recibiendo el cliente. 
Evaluar las vulnerabilidades intelectuales, de personalidad y |




11. que pueden contribuir a desarrollar dependencia a las sustancias e identificar los riesgos de recaída. (14, 15)

14. intelectuales, de personalidad y cognoscitivas del cliente, los antecedentes familiares, y las tensiones vitales que contribuyen a su dependencia de las sustancias. 


Facilitar la comprensión por parte del cliente de los factores genéticos, de personalidad, sociales y familiares, incluyendo

15. las experiencias de la infancia, que han propiciado su dependencia de las sustancias y que constituyen factores de riesgo para una posible recaída. 

Pedir al cliente que elabore una lista sobre cómo estar sobrio podría influir positivamente en su vida; analizar la lista (o mandar el ejercicio “*Substance Abuse Negative Impact versus Sobriety’s Positive Impact*” en *Adult Psychotherapy Homework Planner*, 2ª edición, de Jongsma). 



12. Comprender cómo estar sobrio podría influir positivamente en su vida. (16)

16. Repasar la influencia negativa de las amistades relacionadas con el alcohol (“compañeros de copas”) y ayudar al cliente a establecer un plan para desarrollar nuevas amistades sobrias (como “amigos sobrios”); repasar de forma rutinaria y facilitar el desarrollo de un nuevo sistema de apoyo social. 













13. Identificar y hacer cambios en las relaciones sociales que sirvan de apoyo para la rehabilitación. (17, 18)

17. Ayudar al cliente a planificar actividades sociales y recreativas que no estén asociadas con el abuso de sustancias; repasar de forma rutinaria y facilitar el desarrollo de un nuevo sistema de



14. Identificar proyectos y otras actividades sociales y recreativas ahora posibles gracias a estar sobrio y que refuercen la sobriedad. (18, 19)

15.  Verbalizar cómo su situación vital contribuye a la dependencia de sustancias y constituye un obstáculo para su rehabilitación. (20)
16.  Hacer lo necesario para poner fin a la situación vital actual y mudarse a un sitio que facilite más la rehabilitación. (21)
17.  Identificar el impacto positivo de la sobriedad en las relaciones íntimas y familiares. (22)
18.  Aceptar compensar a las personas allegadas por el daño provocado por una vida dominada por el abuso de sustancias. (23, 24)
18. Ayudar al cliente a planificar actividades sociales y recreativas que no estén asociadas con el abuso de sustancias; repasar de forma rutinaria y facilitar el desarrollo de un nuevo sistema de apoyo social. 
19. Planificar proyectos relacionados con el hogar, el trabajo o el tiempo libre que el cliente pueda llevar a cabo para reforzar su autoestima y la imagen de sí mismo como persona limpia y sobria. 
20. Evaluar el papel de la situación vital del cliente en el fomento del patrón de dependencia de las sustancias; analizarlo con el cliente. 
21. Facilitar al cliente el desarrollo de un plan para cambiar su situación actual para propiciar su rehabilitación; repasar de forma rutinaria y facilitar la realización de un cambio positivo en su situación vital. 
22. Ayudar al cliente a identificar los cambios positivos que se producirán en las relaciones familiares durante la rehabilitación. 
23. Hablar sobre los efectos negativos del abuso de sustancias del cliente sobre la familia, con los amigos, en el trabajo y promover un plan para reparar dicho daño. 
- Obtener el compromiso verbal del cliente de reparar inicialmente el daño causado a las personas clave




19. Participar en una terapia conductual de pareja para aprender y poner en práctica formas de resolución de conflictos y para mejorar la comunicación. (25)




20. Aprender y poner en práctica estrategias para controlar la necesidad de volver a consumir sustancias. (26)




21. Identificar, cuestionar y reemplazar las reflexiones destructivas con reflexiones positivas y de refuerzo. (27, 28)

24. daño causado a las personas clave y de realizar más adelante otras reparaciones cuando esté en los pasos 8 y 9 del programa de Alcohólicos Anónimos. 


Derivar al cliente o realizar con él una terapia conductual de pareja (ver el capítulo dedicado a los conflictos en las relaciones íntimas

25. en este mismo libro, y “*Behavioral Marital Therapy*” de Holzworth-Munroe y Jacobson en *Handbook of Family Therapy* de Gurman y Knickerson [Eds]). 

Enseñar al cliente un conjunto de estrategias, incluyendo estrategias tranquilizantes (por ejemplo, relajación, respiración), y aptitudes de saber parar, de reflexión positiva y de focalización

26. de la atención (por ejemplo, distraer las ganas, permanecer centrado en las metas conductuales de la abstinencia) para controlar las ganas de consumir sustancias. 

Explorar los esquemas y las reflexiones del cliente que debilitan su deter-

27. minación de permanecer abstemio; cuestionar los sesgos, ayudarle a generar reflexiones realistas que corrijan los sesgos y refuercen la resiliencia. 

Ensayar situaciones en las que el cliente identifique sus reflexiones negativas y genere alternativas capacitadoras (o mandar el

28. ejercicio “*Negative Thoughts Trigger Negative Feelings*” en *Adult Psychotherapy Homework*



22. Realizar exposiciones graduales repetidas a los factores que desencadenan las ganas de volver a consumir sustancias. (29, 30)



23. Poner en práctica aptitudes personales para hacer frente a los retos habituales del día a día y reforzar la confianza en su manejo sin necesitar consumir sustancias. (31, 32)

Planner, 2ª edición, de Jongsma); reparar y reforzar los logros.

29. Orientar y ayudar al cliente a establecer una jerarquía de los signos que provocan el deseo de consumir sustancias.

30. Seleccionar exposiciones iniciales en vivo o mediante juegos de rol a los signos que provocan ganas de consumir y que puedan constituir una experiencia exitosa para el cliente, utilizando estrategias de reestructuración conductual (por ejemplo, modelización, ensayo, refuerzo social) y cognitivas durante y después de la exposición (o mandar el ejercicio “*Gradually Reducing Your Phobic Fear*” en *Adult Psychotherapy Homework Planner*, 2ª edición, de Jongsma); analizar los resultados de la exposición.

31. Evaluar las aptitudes actuales del cliente para hacer frente a los factores estresantes habituales del día a día (por ejemplo, las exigencias de su rol laboral, social y familiar); utilizar técnicas de reestructuración conductual y cognoscitiva para reforzar las aptitudes sociales y/o comunicativas para hacer frente a estos retos (o mandar el ejercicio “*Restoring Socialization Comfort*” en *Adult Psychotherapy Homework Planner*, 2ª edición, de Jongsma).

Pedir al cliente que lea sobre aptitudes sociales y/o



24. Poner en práctica estrategias de prevención de recaídas para hacer frente a posibles situaciones futuras con un alto riesgo de recaída. (33, 34, 35, 36)

25. Redactar un plan de seguimiento que contribuya al mantenimiento de la

32. comunicativas generales en libros o manuales de tratamiento para el refuerzo de las aptitudes sociales (por ejemplo, *Your Perfect Right* de Alberti y Emmons; *Con conversationally Speaking* de Garner).

33. Hablar con el cliente sobre la distinción entre un lapsus y una recaída, asociando el lapsus con un consumo inicial y reversible de una sustancia y la recaída con la decisión de volver a un patrón repetido de consumo.

34. Identificar y ensayar con el cliente el manejo de futuras situaciones o circunstancias en las que se podrían producir lapsus.

35. Enseñar al cliente a utilizar de forma rutinaria estrategias aprendidas en la terapia (por ejemplo, reestructuración cognoscitiva, aptitudes sociales, exposición) y a construir interacciones y relaciones sociales (o mandar el ejercicio “*Relapse Triggers*” en *Adult Psychotherapy Homework Planner*, 2ª edición, de Jongsma).

36. Recomendar al cliente leer material sobre cómo evitar las recaídas (por ejemplo, *Staying Sober: A Guide to Relapse Prevention* de Gorski y Miller; *The Staying Sober Workbook* de Gorski).

37. Mandar al cliente escribir un plan de seguimiento para mantenerse sobrio y revisarlo (o mandar el ejercicio “*Aftercare Plan Components*” en *Adult*


(37)

*Psychotherapy Homework
Planner*, 2^a edición, de Jongsma).

DIAGNÓSTICOS SUGERIDOS

Eje I:	303.90	Dependencia del alcohol
	305.00	Abuso de alcohol
	304.30	Dependencia de cannabis
	304.20	Dependencia de cocaína
	305.60	Abuso de cocaína
	304.80	Dependencia de varias sustancias
	291.2	Demencia persistente inducida por alcohol
	291.1	Trastorno amnésico persistente inducido por alcohol
	V71.01	Comportamiento antisocial del adulto
	300.4	Trastorno distímico
	312.34	Trastorno explosivo intermitente
	309.81	Trastorno por estrés postraumático
	304.10	Dependencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
Eje II:	301.7	Trastorno antisocial de la personalidad

Nota

 indica que los objetivos / intervenciones seleccionados coinciden con los de los tratamientos basados en la evidencia.

DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS – RECAÍDA

DEFINICIONES CONDUCTUALES

1. Incapacidad de permanecer abstemio de drogas que alteran el estado de ánimo después de haber seguido un tratamiento de desintoxicación.
2. Incapacidad de permanecer sobrio incluso asistiendo de manera regular a reuniones de Alcohólicos Anónimos.
3. Recaída en el abuso de sustancias que alteran el estado de ánimo después de un periodo sustancial de sobriedad.
4. Patrón crónico de tener un periodo de sobriedad (más de seis meses) seguido por una recaída, y luego vuelta a un periodo de sobriedad.

METAS A LARGO PLAZO

1. Establecer un estilo de vida sistemático sin abuso de drogas ni alcohol.
2. Comprender el patrón personal de recaída para promover la recuperación a largo plazo.
3. Desarrollar una mayor conciencia de los factores que desencadenan la recaída y de las estrategias de manejo necesarias para controlarlos.
4. Lograr de manera continuada una calidad de vida sin sustancias.

OBJETIVOS A CORTO PLAZO

1. Verbalizar el compromiso de permanecer abstemio / sobrio. (1, 2)

2. Perfilar y poner en práctica una rutina diaria estructurada y que incluya acudir a Alcohólicos Anónimos. (3, 4)

3. Recuperar las relaciones continuadas con personas que refuercen la sobriedad. (5, 6)

Verbalizar los sentimientos

INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS

- Hablar con el cliente sobre los comportamientos, actitudes y sentimientos concretos que le llevaron a la última recaída, centrándose en los factores que la desencadenaron. Obtener un compromiso claro y firme de recuperar la sobriedad.
- 1.

- Evaluar la capacidad del cliente de restablecer la abstinencia total y derivarle a un nivel de tratamiento superior si no es capaz de desintoxicarse y de permanecer sobrio.
- 2.

- Mostrar al cliente la importancia de las estructuras y rutinas que se han abandonado o que nunca han existido en su vida cotidiana, y ayudarle a desarrollar y poner en práctica una rutina diaria equilibrada y estructurada.
- 3.

- Instar al cliente a asistir sistemáticamente a Alcohólicos Anónimos como parte de la estructura diaria de su vida actual.
- 4.

- Ayudar al cliente a recuperar el contacto con su mentor en Alcohólicos Anónimos.
- 5.

- Pedir al cliente que encuentre un segundo mentor en Alcohólicos Anónimos o Toxicómanos Anónimos opuesto al primero (por ejemplo, si el primero es más bien compasivo, buscar a otro que le confronte más) y reunirse con regularidad con ambos al menos semanalmente.
- 6.

Ayudar al cliente a ser más capaz de identificar sus

4. sobre la pérdida de la sobriedad. (7, 8)

7. sentimientos, analizarlos, y luego expresarlos de manera adecuada y sana.

Pedir al cliente que lea *The Golden Book of Resentment* (Padre John Doe) o recomendarle

8. lecturas sobre el rencor en *As Bill Sees It* (Bill Wilson); elegir tres conceptos clave que el cliente piense que están relacionados con él y analizarlos conjuntamente.

5. Identificar a las personas y lugares que debe evitar para mantenerse rehabilitado. (9, 10)

9. Ayudar al cliente a identificar la influencia negativa de personas y situaciones que fomentan la recaída y a encontrar formas de evitarlas.

10. Pedir al cliente que lea un libro o un folleto sobre la rehabilitación. Elegir elementos que estén relacionados con él y analizarlos conjuntamente.

6. Identificar los comportamientos, actitudes y sentimientos concretos que propiciaron la última recaída, centrándose en los factores que la desencadenaron. (11, 12, 13, 14)

11. Pedir al cliente que complete un cuaderno de ejercicios sobre recaídas (por ejemplo, *The Staying Sober Workbook* de Gorski), y analizarlo con él.

12. Pedir al cliente que escriba con fechas una autobiografía desde el primer intento de permanecer sobrio hasta la fecha actual. Luego, pedir que lo lea en voz alta para identificar los elementos desencadenantes de las recaídas.

13. Pedir al cliente que obtenga de otras personas una lista con sus observaciones en torno a los comportamientos o las actitudes del cliente antes de volver a caer en el consumo; analizar sus comentarios en terapia de grupo o en una sesión individual.

14. Desarrollar un cronograma de síntomas con el cliente que tenga en cuenta cada recaída en términos de cuándo sucedió (por ejemplo, época del año, fechas y su importancia) y qué le estaba ocurriendo a él, a la pareja, en la familia, en el trabajo y en las actividades sociales.

Identificar patrones de

Pedir al cliente que elabore una lista de conductas,

7. comportamiento que deben cambiar para mantenerse sobrio. (15, 16)
15. Pedir al cliente que elabore una lista de conductas, actitudes y sentimientos que podrían estar relacionados con la recaída, y analizarlos con él.
- Pedir al cliente que lea *Many Roads, One Journey: Moving Beyond the 12 Steps* (Kasl-Davis) o *Stage II Recovery* (Larsen), y analizar las ideas clave con él.
8. Identificar las recompensas positivas asociadas con la abstinencia. (17, 18)
17. Ayudar al cliente a identificar las recompensas positivas de la abstinencia total.
- Pedir al cliente que realice y analice con el terapeuta un análisis de costes y beneficios (ver *Ten Days to Self-Esteem!* de Burns) en torno a su vuelta al abuso de sustancias.
- 18.
9. Realizar una evaluación médica para valorar la necesidad de tomar Antabuse o medicación antidepresiva. (19)
19. Derivar al cliente a un médico / psiquiatra para evaluar la necesidad de tomar Antabuse o medicación antidepresiva.
10. Colaborar con un acupuntor en un tratamiento para reducir las ganas de consumir sustancias que alteran el estado de ánimo. (20)
20. Derivar al cliente a un acupuntor para seguir un tratamiento con regularidad y observar su eficacia.
11. Cumplir el tratamiento médico recetado e informar al terapeuta o al médico sobre los posibles efectos secundarios. (21, 22)
21. Comprobar el cumplimiento por parte del cliente del tratamiento médico o de otro tipo y observar los posibles efectos secundarios; responder a las preguntas que pueda tener.
22. Comentar con regularidad con el médico prescriptor la eficacia del tratamiento.
12. Verbalizar las cosas aprendidas hablando o escuchando a personas adictas a sustancias que se han rehabilitado con éxito. (23)
23. Pedir al cliente que hable con miembros de Alcohólicos Anónimos o Toxicómanos Anónimos que lleven sobrios tres años o más, centrándose en las cosas concretas que han hecho para lograrlo, y si han recaído, qué han hecho para volver al buen camino y seguir en él. Analizar con el cliente sus conclusiones.
- Reunirse con un líder
- Derivar al cliente a un pastor, rabino, cura u otro

13. espiritual para avanzar en los pasos dos, tres y cinco de Alcohólicos Anónimos. (24)

14. Comunicar una mejor tolerancia a las emociones desagradables. (25, 26)

15. Poner en práctica las aptitudes asertivas para comunicar los sentimientos de manera directa. (27)

16. Desarrollar por escrito dos posibles técnicas de manejo para cada uno de los desencadenantes de recaídas. (26, 28)

17. Describir oralmente los conflictos en la familia y en las relaciones que han contribuido a desencadenar la recaída. (29)

18. Que la pareja u otra persona allegada verbalice que comprende las acciones constructivas que se pueden adoptar ante la recaída y la rehabilitación del cliente. (30)

19. Participar en rituales que apoyen la sobriedad. (31)

24. líder espiritual que conozca el abuso de sustancias y la rehabilitación para superar los posibles bloqueos en los pasos dos y tres o para realizar el paso cinco.

25. Enseñar al cliente diferentes métodos de reducción del estrés (por ejemplo, meditación, respiración profunda, imágenes positivas) y ayudarlo a ponerlas en práctica en su día a día.

26. Pedir al cliente que elabore una lista de maneras de hacer frente a los sentimientos desagradables; analizar la lista con él.

27. Ayudar al cliente a desarrollar técnicas de reafirmación personal.

26. Pedir al cliente que elabore una lista de maneras de hacer frente a los sentimientos desagradables; analizar la lista con él.

28. Ayudar al cliente a desarrollar dos estrategias de manejo para cada uno de los desencadenantes de recaídas identificado.

29. Realizar sesiones con la pareja y/o la familia para identificar y resolver las tensiones en la relación que han desencadenado la recaída.

30. Realizar sesiones con la pareja o las personas allegadas para informarles sobre los desencadenantes de las recaídas y enseñarles a reforzar la sobriedad. Animarles a asistir a Alcohólicos Anónimos con regularidad.

31. Ayudar al cliente a desarrollar y establecer rituales en su vida que refuercen la sobriedad y le disuadan de recaer (por ejemplo, recibir monedas de Alcohólicos Anónimos, ser miembro de un grupo de estudio de los pasos, tomar un café con el mentor en una fecha y una hora establecidas).

20. Identificar estrategias del pasado para una vida sobria. (32) 32. Utilizar un enfoque orientado hacia las soluciones para identificar aquellas cosas concretas que el cliente hacía cuando vivía sobrio, seleccionarlas y ayudarlo a poner en práctica las conductas identificadas. Hacer un seguimiento y ajustar la orientación según sea necesario.
21. Verbalizar algunos principios de vida que refuercen la sobriedad. (33) 33. Pedir al cliente que lea una fábula o historia como “*The Boy Who Lost His Way*”, “*El hijo pródigo*” o “*Los tres cerditos*” (ver *Stories for the 3rd Ear*, de Wallas), y luego analizarla conjuntamente para identificar conceptos clave relacionados con permanecer sobrio.
22. Redactar un plan de seguimiento continuado centrado en el manejo de los factores estresantes familiares y de otros tipos. (34, 35) 34. Pedir al cliente que realice y analice un contrato con personas allegadas para evitar las recaídas en el que identifique los comportamientos, las actitudes y las emociones anteriores relacionadas con las recaídas y las asocie con los avisos acordados formulados por las personas queridas a medida que se vayan observando.
35. Pedir al cliente que redacte y analice un plan de seguimiento destinado específicamente a los desencadenantes de las recaídas previamente identificados.

DIAGNÓSTICOS SUGERIDOS

Eje I:	303.90	Dependencia del alcohol
	305.00	Abuso de alcohol
	304.30	Dependencia de cannabis
	304.20	Dependencia de cocaína
	291.1	Trastorno amnésico persistente inducido por alcohol
	300.4	Trastorno distímico
	309.81	Trastorno por estrés postraumático
Eje II:	301.7	Trastorno antisocial de la personalidad

DEPRESIÓN

DEFINICIONES CONDUCTUALES

1. Estado de ánimo depresivo.
2. Pérdida del apetito.
3. Menor interés en las actividades o menor disfrute en ellas.
4. Agitación o retraso psicomotor.
5. Insomnio o hipersomnia.
6. Falta de energía.
7. Poca concentración e indecisión.
8. Retraimiento social.
9. Pensamientos y/o gestos suicidas.
10. Sentimientos de desesperanza, inutilidad o culpa inadecuada.
11. Poca autoestima.
12. Duelos no resueltos.
13. Alucinaciones o ideas delirantes relacionadas con el estado de ánimo.
14. Antecedentes de depresión crónica o recidivante para la que el cliente ha tomado medicación antidepresiva, ha sido hospitalizado, ha recibido tratamiento ambulatorio o ha seguido una terapia electroconvulsiva.

METAS A LARGO PLAZO

1. Paliar el estado de ánimo depresivo y volver al nivel previo de funcionamiento efectivo.
2. Reconocer, aceptar y enfrentarse a los sentimientos de depresión.
3. Desarrollar patrones cognoscitivos saludables y creencias sobre uno mismo y el mundo que contribuyan a paliar y a evitar que se reproduzcan los síntomas de la depresión.
4. Desarrollar unas relaciones interpersonales saludables que contribuyan a paliar y a evitar que se reproduzcan los síntomas de la depresión.
5. Hacer el duelo apropiado de las pérdidas para normalizar el estado de ánimo y volver al nivel de funcionamiento adaptativo previo.

OBJETIVOS A CORTO PLAZO

1. Describir las experiencias actuales y pasadas de depresión, su impacto en el funcionamiento personal y los intentos de resolverla. (1)
2. Identificar verbalmente, si es posible, el origen del estado de ánimo depresivo. (2, 3)
3. Realizar pruebas psicológicas para evaluar la profundidad de la depresión, la necesidad de tomar antidepresivos y de adoptar medidas de prevención del suicidio.


INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS


- Evaluar las alteraciones del estado de ánimo actuales y pasadas incluyendo sus características, frecuencia, intensidad y duración (por ejemplo, entrevista clínica completada con el *Inventory to Diagnose Depression* de Zimmerman, Coryell, Corenthal y Wilson).
1. Pedir al cliente que elabore una lista de aquello que le hace sentirse deprimido; analizar el contenido de la lista.
 2. Animar al cliente a compartir sus sentimientos de depresión para aclararlos y comprender mejor sus causas.
 3. Administrar un instrumento de valoración objetiva para evaluar la depresión del cliente y el riesgo de suicidio (por ejemplo, *Beck Depression Inventory-II* y/o *Beck Hopelessness Scale*); evaluar los resultados y comentarlos con el
 - 4.

(4)

4. Verbalizar cualquier intento de suicidio anterior y cualquier deseo suicida actual. (5)

5. Afirmar haber puesto fin a los pensamientos de autolesionarse. (6, 7)

 6. Tomar de manera responsable los psicotrópicos recetados según las indicaciones del médico. (8, 9)


 7. Identificar y reemplazar las reflexiones cognoscitivas adoptadas para apoyar la depresión. (10, 11, 12, 13).


cliente.


5. Explorar el historial del cliente y el estado actual de sus deseos y comportamiento suicidas (ver el capítulo sobre Ideación suicida en este libro si existe riesgo de suicidio).

6. Evaluar y hacer un seguimiento del potencial suicida del cliente.

7. Organizar la hospitalización, si es necesario, cuando se considere que el cliente representa un riesgo para su propia integridad.

8. Evaluar la posibilidad de que el cliente necesite medicación psicotrópica y disponer lo necesario para que un médico le examine físicamente para descartar causas orgánicas de la depresión, valorar la necesidad de tomar antidepresivos y pedir que se le receten, si procede. 

9. Hacer un seguimiento y evaluar si el cliente sigue correctamente el tratamiento con psicotrópicos, así como su efectividad y efectos secundarios; comunicarse con el médico que los ha recetado. 

10. Ayudar al cliente a conocer mejor los pensamientos automáticos que reflejan sus esquemas depresogénicos. 

Pedir al cliente que escriba en un diario los pensamientos automáticos asociados con sentimientos depresivos (es decir, “*Negative Thoughts Trigger Negative Feelings*” en *Adult Psychotherapy Homework*



8. Utilizar estrategias conductuales para superar la depresión. (14, 15, 16)









11. *Planner*, 2ª edición, de Jongsma, “*Daily Record of Dysfunctional Thoughts*” en *Cognitive Therapy of Depression* de Beck, Rush, Shaw y Emery); analizar el material del diario para cuestionar los patrones de pensamiento depresivo y sustituirlos por pensamientos basados en la realidad. ▾










- Realizar “experimentos conductuales” en que los pensamientos depresivos automáticos se traten como hipótesis / predicciones, se generen hipótesis / predicciones alternativas basadas en la realidad, y ambos tipos se testen con las experiencias pasadas, presentes y/o futuras del cliente. ▾
- 12.

- Reforzar los mensajes positivos cognoscitivos del cliente basados en la realidad que mejoren la confianza en sí mismo y aumenten la acción adaptativa (ver “*Positive Self-Talk*” en *Adult Psychotherapy Homework Planner*, 2ª edición, de Jongsma). ▾
- 13.

- Ayudar al cliente a desarrollar estrategias (por ejemplo, más ejercicio físico, centrarse menos en el interior, mayor implicación social, más reafirmación personal, compartir más las necesidades, mayor expresión de la ira) para manejar los sentimientos de depresión; reforzar los logros. ▾
- 14.

Promover la “activación conductual” del cliente planificando actividades con una

- 
 9. Identificar a las personas importantes en su vida, pasada y presente, y describir la calidad, buena y mala, de esas relaciones. (17)
- 
 10. Verbalizar cualquier duelo no resuelto que pueda estar contribuyendo a la depresión. (18)
- 
 11. Aprender y poner en práctica técnicas de resolución de problemas y/o de conflictos para resolver los problemas interpersonales. (19, 20, 21)
15. alta probabilidad de disfrute y de dominio (ver “*Identify and Schedule Pleasant Activities*” en *Adult Psychotherapy Homework Planner*, 2ª edición, de Jongmsa); utilizar los ensayos, los juegos de rol, la inversión de roles, según convenga, para ayudar al cliente a adoptarlos en su vida diaria; reforzar los logros. 
16. Enseñar al cliente a confiar más en sí mismo asumiendo una mayor responsabilidad en sus actividades rutinarias (por ejemplo, limpiar, cocinar, comprar); reforzar los logros. 
17. Evaluar el “inventario interpersonal” del cliente de relaciones pasadas y presentes y los temas potencialmente depresivos evidentes (por ejemplo, duelo, disputas interpersonales, transiciones de roles, déficits interpersonales). 
18. Explorar el papel de los duelos no resueltos cuando contribuyan a la depresión actual del paciente (ver el capítulo de Duelo / Pérdida no resuelto en este mismo libro). 
19. Enseñar al cliente técnicas de resolución de conflictos (por ejemplo, empatía, escucha activa, mensajes en primera persona, comunicación respetuosa, reafirmación sin agresividad, saber transigir) para aliviar la depresión; utilizar la modelización, los juegos de rol y el ensayo conductual para trabajar conflictos actuales. 
- Ayudar al cliente a resolver la depresión relacionada con


- problemas interpersonales mediante el uso del consuelo y del apoyo, la clarificación de los desencadenantes cognoscitivos y afectivos que fomentan los conflictos y la resolución activa de problemas (o mandar el ejercicio “*Applying Problem-Solving to Interpersonal Conflict*” en *Adult Psychotherapy Homework Planner*, 2ª edición, de Jongsma). 
20. En sesiones conjuntas, ayudar al cliente a resolver sus conflictos personales. 
21. Desarrollar y reforzar una rutina de ejercicio físico para el cliente. 
22. Recomendar al cliente leer y poner en práctica programas de *Exercising Your Way to Better Mental Health* (Leith). 
23. Reforzar las capacidades de prevención de recaídas del cliente ayudándole a identificar los signos precoces de recaída, repasando las técnicas aprendidas durante la terapia y desarrollando un plan para manejar los retos. 
24. Utilizar la modelización y los juegos de rol para enseñar al cliente a reafirmarse; si procede, derivarle a una clase / grupo de reafirmación personal. 
25. Recomendar al cliente la lectura de libros de autoayuda para superar la depresión (por ejemplo, *Feeling Good* de Burns); analizar el material leído.
- 26.
-  12. Poner en práctica un régimen de ejercicio regular como técnica para reducir la depresión. (22, 23)
-  13. Aprender y poner en práctica técnicas para la prevención de recaídas. (24)
-  14. Aumentar la comunicación asertiva. (25)
15. Leer libros sobre cómo superar la depresión. (26)

16. Demostrar que se arregla y cuida su higiene a diario con un mínimo recordatorio por parte de los demás. (27)
17. Realizar cada vez más afirmaciones optimistas y positivas sobre sí mismo, los demás y el futuro. (28, 29)
18. Expresar sentimientos de dolor, decepción, vergüenza y rabia asociados con las experiencias de los primeros años de vida. (30, 31)
19. Verbalizar que comprende la relación entre el estado de ánimo depresivo y la represión de los sentimientos (ira, dolor, tristeza, etc.). (32)
27. Hacer un seguimiento y reorientar al cliente para que se acicale y se limpie a diario.
28. Pedir al cliente que escriba al menos una afirmación positiva al día sobre sí mismo y sobre el futuro.
29. Proporcionar al cliente más información sobre la depresión y enseñarle a aceptar que un poco de tristeza es una variación normal en los sentimientos.
30. Explorar las experiencias de la infancia del cliente que contribuyen al estado de depresión actual.
31. Animar al cliente a compartir sentimientos de ira sobre el dolor que le infringieron en la infancia y que ha contribuido a su estado de depresión actual.
32. Explicar la conexión entre los sentimientos de ira (y de impotencia) del pasado no expresados (reprimidos) y el estado de depresión actual.

DIAGNÓSTICOS SUGERIDOS

Eje I:	309.0	Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo
	296.xx	Trastorno bipolar I
	296.89	Trastorno bipolar II
	300.4	Trastorno distímico
	301.13	Trastorno ciclotímico
	296.2x	Trastorno depresivo mayor, episodio único
	296.3x	Trastorno depresivo mayor, recidivante
	295.70	Trastorno esquizoafectivo
	310.1	Cambio de personalidad debido a un trastorno del Eje III
	V62.82	Duelo
Eje II:	301.9	Trastorno de la personalidad no especificado
	799.9	Diagnóstico aplazado
	V71.09	Sin diagnóstico

Nota

 indica que los objetivos / intervenciones seleccionados coinciden con los de los tratamientos basados en la evidencia.

DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA

DEFINICIONES CONDUCTUALES

1. Describe sistemáticamente una anticipación o un deseo muy bajos y no placenteros hacia la actividad sexual.
2. Evita totalmente y/o le repulsa cualquier tipo de contacto sexual a pesar de una relación de cariño y respeto mutuo.
3. Carece recurrentemente de una respuesta fisiológica habitual de excitación y de despertar sexual (lubricación genital y turgencia).
4. Afirma sistemáticamente no sentir goce subjetivo ni placer durante la actividad sexual.
5. Experimenta un retraso persistente o ausencia de orgasmo después de haber alcanzado la excitación y a pesar del placer sexual sensible ofrecido por una pareja cariñosa.
6. Describe dolor genital antes, durante o después del acto sexual.
7. Habla de espasmos involuntarios sistemáticos o recurrentes de la vagina que impiden la penetración para el acto sexual.

METAS A LARGO PLAZO

1. Aumentar el deseo y el goce en la actividad sexual.
2. Alcanzar y mantener una respuesta de excitación fisiológica durante el acto sexual.
3. Alcanzar el orgasmo en un tiempo y una intensidad razonables, centrado en la estimulación sexual.
4. Eliminar el dolor y lograr un placer subjetivo antes, durante y después del acto sexual.
5. Eliminar los espasmos vaginales que impiden la penetración del pene durante el acto sexual y lograr un goce relajado con el placer coital.

OBJETIVOS A CORTO PLAZO

- Obtener un historial sexual detallado que explore los problemas actuales y las experiencias del pasado que han influido en las actitudes, sentimientos y conducta sexuales. (1,2, 3)
- 1.

INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS

- Obtener un historial sexual detallado que examine el funcionamiento sexual actual del cliente así como sus experiencias sexuales en la infancia y la adolescencia, el nivel y las fuentes de información sexual, las prácticas sexuales habituales y su frecuencia, el historial médico, el abuso de drogas y alcohol y los factores relacionados con el estilo de vida.
- 1.
 2. Evaluar las actitudes del cliente y sus conocimientos con respecto al sexo, las respuestas emocionales ante el mismo y las reflexiones que pueden estar contribuyendo a la disfunción.
 3. Explorar la familia de origen del cliente en busca de factores que puedan contribuir a la disfunción (por ejemplo, actitudes negativas hacia la sexualidad, sentimientos de inhibición, baja autoestima, culpa, miedo, repulsión; o mandar el ejercicio "*Factors Influencing*

2. Hablar de los sentimientos de depresión y de sus causas. (4)

3. Participar en el tratamiento de los sentimientos de depresión que puedan causar dificultades sexuales. (5)

4. Informar honestamente sobre el abuso de sustancias y seguir las recomendaciones del terapeuta para reconducirlo. (6)

5. Hablar honesta y abiertamente de la calidad de la relación incluyendo los conflictos, las necesidades insatisfechas y los enfados. (7)

6. Participar en una terapia de pareja como parte del tratamiento de los problemas sexuales. (8)

Cooperar con la revisión completa por parte de un

Negative Sexual Attitudes” en *Adult Psychotherapy Homework Planner*, 2ª edición de Jongsma).

4. Valorar el papel de la depresión como posible causante de la disfunción sexual de la cliente y tratarla si la depresión parece ser la causante (ver el capítulo sobre Depresión en este mismo libro).

5. Derivar a la cliente para que le receten medicación antidepresiva para aliviar la depresión.

6. Explorar el consumo o abuso por parte de la cliente de sustancias que alteran el ánimo y su efecto sobre la sexualidad; derivarla a una terapia centrada en el abuso de sustancias.

7. Valorar la calidad de la relación incluyendo la satisfacción de la pareja, la angustia, la atracción, la comunicación y el repertorio sexual para decidir si centrarse más en los problemas sexuales o más extensamente en la relación (o mandar el ejercicio “*Positive and Negative Contributions to the Relationship*” en *Adult Psychotherapy Homework Planner*, 2ª edición de Jongsma).

8. Si el problema va más allá de la disfunción sexual, realizar una terapia sexual en el contexto de una terapia de pareja (ver Conflictos en las relaciones íntimas en este mismo libro).

Derivar a la cliente a un médico para una revisión completa con el fin de descartar cualquier causa





7. médico; tratar los resultados con el terapeuta. (9)

Seguir las recomendaciones de un médico para resolver un problema médico o



8. cambiar la medicación que pueda ser la causa de los problemas sexuales. (10)

Verbalizar que se comprende el rol que





9. desempeña la enfermedad física o la medicación en la disfunción sexual. (11)


Practicar ejercicios de masturbación dirigida centrados en las




10. sensaciones sola y con la pareja y compartir las sensaciones asociadas con esta actividad. (12, 13)


9. orgánica o medicamentosa de la disfunción sexual (por ejemplo, factores vasculares o endocrinos, fármacos). 


Animar a la cliente a seguir las recomendaciones médicas para el tratamiento de un trastorno médico diagnosticado o sobre uso de una medicación que pueda ser la causa del problema sexual. 

10. médico diagnosticado o sobre uso de una medicación que pueda ser la causa del problema sexual. 

Hablar de la posible contribución del problema médico

11. diagnosticado o medicación en el funcionamiento sexual de la cliente. 

Mandar a la cliente ejercicios de exploración y concienciación corporal para reducir la inhibición y eliminar su aversión sexual. 

12. Mandar a la cliente ejercicios de exploración y concienciación corporal para reducir la inhibición y eliminar su aversión sexual. 

Orientar a la cliente en ejercicios masturbatorios con el fin de maximizar la excitación; mandar a la cliente ejercicios basados en las diferentes fases del placer sexual con su pareja para reducir la ansiedad ante su desempeño y

13. centrarse en experimentar sensaciones de excitación sexual (o mandar el ejercicio “*Journaling the Response to Nondemand, Sexual Pleasuring* [Sensate Focus]” en *Adult Psychotherapy Homework Planner*, 2ª edición de Jongsma).

Informar sobre los



11. progresos en la penetración vaginal autocontrolada gradual con una pareja. (12, 14, 15)
12. Participar en una terapia sexual con pareja, o sin pareja si carece de ella. (16)
13. Demostrar una aceptación sana y un conocimiento correcto de la sexualidad, aprendiendo libremente y hablando con precisión del funcionamiento de la sexualidad. (17, 18)
14. Afirmar ser consciente de cómo ha influido negativamente la educación familiar, incluyendo la formación religiosa, en los pensamientos,
12. Mandar a la cliente ejercicios de exploración y concienciación corporal para reducir la inhibición y eliminar su aversión sexual.
14. Orientar a la cliente en el uso de la masturbación y/o de dispositivos de dilatación vaginal para reforzar la relajación y el éxito en torno a la penetración vaginal.
15. Orientar a la pareja de la cliente en los ejercicios sexuales que permitan un nivel de estimulación genital controlado por la cliente y una penetración vaginal cada vez mayor.
16. Animarle a participar en una terapia sexual de pareja o tratarla individualmente si la cliente no tiene pareja.
17. Desinhibir y educar a la pareja animándoles a hablar libremente y con respeto de sus partes, pensamientos, sentimientos, actitudes y conductas sexuales.
18. Apoyar a la cliente para que hable libre, informada y positivamente de sus pensamientos, sentimientos y conductas sexuales.
19. Explorar el rol de la familia de origen de la cliente a la hora de enseñarle sus actitudes negativas sobre la sexualidad; analizar para poder cambiarlo.
20. Explorar el papel de la formación religiosa de la cliente en el refuerzo de sus sentimientos de culpa y vergüenza en torno a sus

- sexuales. (19, 20, 21)
- conductas y pensamientos sexuales; analizarlo para poder cambiarlo.
- Ayudar a la cliente a comprender mejor el papel de las actitudes sexuales poco saludables y de sus experiencias infantiles en el desarrollo de su disfunción actual como adulta; urgirle a comprometerse a intentar dejar en el pasado las actitudes y experiencias negativas y al mismo tiempo a hacer un esfuerzo conductual para intentar liberarse de esas influencias.
- 21.
22. Explorar los antecedentes de la cliente en busca de traumas o abusos sexuales.
23. Analizar las emociones de la cliente en torno a un trauma emocional en el ámbito sexual (ver el capítulo sobre Abuso sexual en el presente libro).
24. Explorar los modelos de roles sexuales que la cliente vivió en su infancia o adolescencia y cómo han influido en las actitudes y conductas de la cliente.
25. Explorar los miedos de la cliente en torno a las relaciones íntimas y si hay evidencias de fracasos repetidos en este campo.
26. Explorar la existencia de alguna relación sexual secreta que pueda explicar la disfunción sexual de la cliente con su pareja.
15. Verbalizar la resolución de los sentimientos relacionados con un trauma sexual o experiencias de abuso. (22, 23)
16. Verbalizar que se comprende la influencia de los modelos de roles sexuales de la infancia. (24)
17. Verbalizar la conexión entre las relaciones íntimas anteriores fallidas y el miedo actual. (25)
18. Hablar de los sentimientos en torno a una aventura secreta y tomar la decisión de terminar con una de las relaciones. (26, 27)


- relaciones. (26, 27)
27. Analizar la decisión de poner fin a una de las relaciones que está provocando un conflicto interno por el engaño y la infidelidad a la pareja.
19. Reconocer y hablar abiertamente, si procede, de una atracción homosexual. (28)
28. Explorar la existencia de un interés homosexual que explique el desinterés heterosexual de la cliente (o mandar el ejercicio “*Journal of Sexual Thoughts, Fantasies, Conflicts*” en *Adult Psychotherapy Homework Planner*, 2ª edición de Jongsma).
20. Afirmar la voluntad de explorar nuevas formas de enfocar las relaciones sexuales. (29, 30)
29. Realizar sesiones conjuntas con la cliente y su pareja centradas en la resolución de conflictos, la expresión de sentimientos y la educación sexual.
30. Mandar a la cliente leer libros (por ejemplo, *Sexual Awareness* de Mc-Carthy y McCarthy; *The Gift of Sex* de Penner y Penner; *For Yourself: The Fullfilment of Female Sexuality* de Barbach) que le aporten información sexual precisa y/o presenten ejercicios sexuales que la desinhiban y refuercen su interés por las sensaciones sexuales.
21. Enumerar en una lista las condiciones y los factores que influyen positivamente en la excitación sexual como el entorno, el momento del día y el ambiente. (31)
31. Pedir a la pareja que elabore una lista con las condiciones y los factores que influyen positivamente en su excitación sexual; analizar la lista para crear un entorno que favorezca la excitación sexual.
- Identificar y sustituir los mensajes cognoscitivos negativos que desencadenan las
- Explorar los pensamientos automáticos que desencadenan las emociones negativas de la cliente,

- negativas durante la actividad sexual. (32, 33)
- enfado o la pena antes, durante y después de la actividad sexual.
- Enseñar a la cliente pensamientos alternativos saludables inductores de placer, relajación y desinhibición.
23. Hablar de los problemas relacionados con la baja autoestima que dificultan el funcionamiento sexual y verbalizar una imagen positiva de sí misma. (34)
34. Explorar el miedo de la cliente de ser una compañera sexual inapropiada y que conduce a la evitación sexual.
24. Comunicar los sentimientos de amenaza a la pareja basados en la percepción de que la pareja es demasiado agresiva sexualmente o demasiado crítica. (35)
35. Explorar los sentimientos de amenaza de la cliente provocados por la percepción de su pareja como demasiado agresiva sexualmente.
25. Verbalizar una imagen positiva del propio cuerpo. (36, 37)
36. Pedir a la clienta que haga una lista con los puntos fuertes de su cuerpo; confrontar las distorsiones irrealistas y los comentarios críticos.
37. Explorar los sentimientos de la cliente sobre su propia imagen corporal, centrándose en las causas de su negativismo.
26. Poner en práctica nuevas posiciones coitales y entornos para la actividad sexual que potencien el placer y la satisfacción (30, 38)
30. Mandar a la cliente leer libros (por ejemplo, *Sexual Awareness* de Mc-Carthy y McCarthy; *The Gift of Sex* de Penner y Penner; *For Yourself: The Fullfilment of Female Sexuality* de Barbach) que le aporten información sexual precisa y/o presenten ejercicios sexuales que la desinhiban y refuercen su interés por las sensaciones sexuales.
- Sugerir experimentar con otras posiciones coitales y entornos para

- Adoptar conductas más asertivas que permitan compartir las necesidades, sensaciones y deseos sexuales, actuar más sensualmente y expresar el placer. (39, 40)
- 27.
- Resolver los conflictos o desarrollar estrategias de manejo que reduzcan la interferencia del estrés en el interés o el desempeño sexual. (41)
- 28.
- Verbalizar un mayor deseo y un mayor placer con la actividad sexual. (38, 40, 42)
- 29.
38. el juego sexual que puedan reforzar las sensaciones de seguridad, excitación y satisfacción en la cliente.
- Autorizar a la cliente a tener una conducta sexual menos inhibida, menos limitada, asignándole ejercicios de placer corporal con la pareja.
- 39.
- Animar a la cliente a explorar gradualmente el hecho de tener una mayor reafirmación sexual, de ser más provocativa sensualmente y libremente desinhibida en el juego sexual con su pareja.
- 40.
- Explorar el estrés en el ámbito del trabajo, de la familia extendida y de las relaciones sociales que pueda distraer a la cliente del deseo o el desempeño sexual (ver los capítulos sobre Ansiedad, Conflictos familiares y Estrés profesional en este mismo libro).
- 41.
- Sugerir experimentar con otras posiciones coitales y entornos para el juego sexual que puedan reforzar las sensaciones de seguridad, excitación y satisfacción en la cliente.
- 38.
- Animar a la cliente a explorar gradualmente el hecho de tener una mayor reafirmación sexual, de ser más provocativa sensualmente y libremente desinhibida en el juego sexual con su pareja.
- 40.
- Reforzar las expresiones de deseo y de placer de la cliente en relación con la actividad sexual.
- 42.

42. y de placer de la cliente en
relación con la actividad sexual.

Nota

 indica que los objetivos / intervenciones seleccionados coinciden con los de los tratamientos basados en la evidencia.

DISFUNCIÓN SEXUAL MASCULINA

DEFINICIONES CONDUCTUALES

1. Describe sistemáticamente una anticipación o un deseo muy bajos y no placenteros hacia la actividad sexual.
2. Evita totalmente y/o le repulsa cualquier tipo de contacto sexual a pesar de una relación de cariño y respeto mutuo.
3. Carece con frecuencia de la respuesta fisiológica habitual de excitación y de despertar sexual (alcanzar y/o mantener una erección).
4. Afirma sistemáticamente no sentir goce subjetivo ni placer durante la actividad sexual.
5. Experimenta un retraso persistente o ausencia de eyaculación después de haber alcanzado la excitación y a pesar del placer sexual sensible ofrecido por una pareja cariñosa.
6. Describe dolor genital antes, durante o después del acto sexual.

METAS A LARGO PLAZO

1. Aumentar el deseo y el goce en la actividad sexual.
2. Alcanzar y mantener una respuesta de excitación fisiológica durante el acto sexual.
3. Alcanzar el orgasmo en un tiempo y una intensidad razonables, centrado en la estimulación sexual.
4. Eliminar el dolor y lograr un placer subjetivo antes, durante y después del acto sexual.

OBJETIVOS A CORTO PLAZO

1. Obtener un historial sexual detallado que explore los problemas actuales y las experiencias del pasado que han influido en las actitudes, sentimientos y conducta sexuales. (1,2, 3)

INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS

1. Obtener un historial sexual detallado que examine el funcionamiento sexual actual del cliente así como sus experiencias sexuales en la infancia y la adolescencia, el nivel y las fuentes de información sexual, las prácticas sexuales habituales y su frecuencia, el historial médico, el abuso de drogas y alcohol y los factores relacionados con el estilo de vida.
2. Evaluar las actitudes del cliente y los conocimientos con respecto al sexo, las respuestas emocionales ante el mismo y las reflexiones que pueden estar contribuyendo a la disfunción.
3. Explorar la familia de origen del cliente en busca de factores que puedan contribuir a la disfunción (por ejemplo, actitudes negativas hacia la sexualidad, sentimientos de inhibición, baja autoestima, culpa, miedo, repulsión; o mandar el ejercicio “*Factors Influencing Negative Sexual Attitudes*” en *Adult Psychotherapy Homework*



2. Hablar de los sentimientos de depresión y de sus causas. (4)

3. Participar en el tratamiento de los sentimientos de depresión que puedan causar dificultades sexuales. (5)

4. Informar honestamente sobre el abuso de sustancias y seguir las recomendaciones del terapeuta para reconducirlo. (6)

5. Hablar honesta y abiertamente de la calidad de la relación incluyendo los conflictos, las necesidades insatisfechas y los enfados. (7)

6. Participar en una terapia de pareja como parte del tratamiento de los problemas sexuales. (8)


7. Cooperar con la revisión completa de un médico; tratar los resultados con el terapeuta. (9)

4. *Planner*, 2ª edición de Jongsma). Valorar el papel de la depresión como posible causante de la disfunción sexual del cliente y tratarla si la depresión parece ser la causante (ver el capítulo sobre Depresión en este mismo libro).

5. Derivar al cliente para que le receten medicación antidepressiva para aliviar la depresión.

6. Explorar el consumo o abuso por parte del cliente de sustancias que alteran el ánimo y su efecto sobre la sexualidad; derivarla a una terapia centrada en el abuso de sustancias.

7. Valorar la calidad de la relación incluyendo la satisfacción de la pareja, la angustia, la atracción, la comunicación y el repertorio sexual para decidir si centrarse más en los problemas sexuales o más extensamente en la relación (o mandar el ejercicio “*Positive and Negative Contributions to the Relationship*” en *Adult Psychotherapy Homework Planner*, 2ª edición de Jongsma).

8. Si el problema va más allá de la disfunción sexual, realizar una terapia sexual en el contexto de una terapia de pareja (ver Conflictos en las relaciones íntimas en este mismo libro). 

9. Derivar al cliente a un médico para una revisión completa con el fin de descartar cualquier causa orgánica o medicamentosa de la disfunción sexual (por ejemplo,

el terapeuta. (9)

factores vasculares o endocrinos, fármacos). ▾

8. ▾ Seguir las recomendaciones de un médico para resolver un problema médico o cambiar la medicación que pueda ser la causa de los problemas sexuales. (10)
9. ▾ Verbalizar que se comprende el rol de la enfermedad física o de la medicación en la disfunción sexual. (11)
10. ▾ Tomar bajo receta medicación para la impotencia e indicar su eficacia y efectos secundarios. (12)
11. ▾ Practicar ejercicios de masturbación dirigida y centrados en las sensaciones solo y con la pareja y compartir las sensaciones asociadas con esta actividad. (12, 13)
10. Animar al cliente a seguir las recomendaciones del médico sobre el tratamiento del trastorno médico diagnosticado o sobre el uso de una medicación que pueda ser la causa del problema sexual. ▾
11. Hablar de la posible contribución del problema médico diagnosticado o de la medicación en el funcionamiento sexual del cliente. ▾
12. Derivar al cliente a un médico que considere la necesidad de recetarle medicación para la impotencia (por ejemplo, Viagra). ▾
13. Mandar al cliente ejercicios de exploración y concienciación corporal para reducir la inhibición y eliminar su aver-sión sexual. ▾
14. Orientar al cliente en ejercicios masturbatorios con el fin de maximizar la excitación; mandar al cliente ejercicios basados en las diferentes fases del placer sexual con su pareja para reducir la ansiedad ante su desempeño y centrarse en experimentar sensaciones de excitación sexual (o mandar el ejercicio “*Journaling the Response to Nondemand, Sexual Pleasuring [Sensate*

Homework Planner, 2ª edición de Jongsma).

- ▼
12. Lograr la desensibilización del cliente (exposición gradual) ante ejercicios sexuales que le provoquen progresivamente más ansiedad. (15, 16)
15. Orientar y ayudar al cliente a construir una jerarquía de situaciones sexuales que le producen ansiedad asociada con la ansiedad sobre su desempeño. ▼
16. Seleccionar exposiciones iniciales en vivo o imaginarias que tengan muchas posibilidades de representar una experiencia satisfactoria para el cliente y enseñarle estrategias de atención (por ejemplo, centrarse en la pareja, evitar la autoobservación excesiva); repasar con el cliente y/o la pareja, subir por la jerarquía hasta que la ansiedad pierda fuerza (o mandar el ejercicio “*Gradually Reducing Your Fobic Fear*” en *Adult Psychotherapy Homework Planner*, 2ª edición de Jongsma). ▼
- ▼
13. Poner en práctica la técnica del apretón durante el acto sexual e indicar el éxito en el retraso de la eyaculación precoz. (17)
17. Enseñar al cliente y a la pareja el uso de la técnica del apretón para evitar la eyaculación precoz; usar ilustraciones si es necesario (por ejemplo, *The Illustrated Manual of Sex Therapy* de Kaplan); analizar el procedimiento y las sensaciones asociadas, aportar comentarios correctivos para su uso satisfactorio. ▼
14. Participar en una terapia sexual con una pareja o individualmente si carece de ella. (18)
18. Animar al cliente a participar en una terapia sexual de pareja o tratarle individualmente si no tiene pareja.
- Demostrar una

15. Demostrar una aceptación sana y un conocimiento correcto de la sexualidad, aprendiendo libremente y hablando con precisión del funcionamiento de la sexualidad. (19, 20)
16. Afirmar ser consciente de cómo la educación familiar, incluyendo la formación religiosa, han influido negativamente en los pensamientos, sentimientos y conductas sexuales. (21, 22, 23)
19. Desinhibir y educar a la pareja animándoles a hablar libremente y con respeto de sus partes, pensamientos, sentimientos, actitudes y conductas sexuales.
20. Apoyar al cliente para que hable libre, informada y positivamente de sus pensamientos, sentimientos y conductas sexuales.
21. Explorar el rol de la familia de origen del cliente a la hora de enseñarle sus actitudes negativas sobre la sexualidad; analizar para poder cambiarlo.
22. Explorar el papel de la formación religiosa del cliente en el refuerzo de sus sentimientos de culpa y vergüenza en torno a sus conductas y pensamientos sexuales; analizar para poder cambiarlo.
23. Ayudar al cliente a comprender mejor el papel de las actitudes sexuales poco saludables y de sus experiencias infantiles en el desarrollo de su disfunción actual como adulto; urgirle a comprometerse a intentar dejar las actitudes y las experiencias negativas en el pasado y al mismo tiempo a hacer un esfuerzo conductual para intentar liberarse de esas influencias.
- Verbalizar la resolución de los sentimientos
- Explorar los antecedentes del

17. trauma sexual o experiencias de abuso. (24, 25)
18. Verbalizar que se comprende la influencia de los modelos de roles sexuales de la infancia. (26)
19. Verbalizar la conexión entre las relaciones íntimas anteriores fallidas y el miedo actual. (27)
20. Hablar de los sentimientos en torno a una aventura secreta y tomar la decisión de terminar con una de las relaciones. (28, 29)
21. Reconocer y hablar abiertamente, si procede, de una atracción homosexual. (30)
22. Afirmar la voluntad de explorar nuevas formas de enfocar las relaciones sexuales. (31, 32)
24. cliente en busca de traumas o abusos sexuales.
25. Analizar las emociones del cliente en torno a un trauma emocional en el ámbito sexual (ver el capítulo sobre Abuso sexual en el presente libro).
26. Explorar los modelos de roles sexuales que el cliente vivió en su infancia o adolescencia y cómo han influido en las actitudes y conductas del cliente.
27. Explorar los miedos del cliente en torno a las relaciones íntimas y si hay pruebas de fracasos repetidos en este campo.
28. Explorar la existencia de alguna relación sexual secreta que pueda explicar la disfunción sexual del cliente con su pareja.
29. Analizar la decisión de poner fin a una de las relaciones que está provocando un conflicto interno por el engaño y la infidelidad a la pareja.
30. Explorar la existencia de un interés homosexual que explique el desinterés heterosexual del cliente (o mandar el ejercicio “*Journal of Sexual Thoughts, Fantasies, Conflicts*” en *Adult Psychotherapy Homework Planner*, 2ª edición de Jongsma).
31. Realizar sesiones conjuntas con el cliente y su pareja centradas en la resolución de conflictos, la expresión de sentimientos y la

- sexuales. (31, 32)
- educación sexual.
- Mandar al cliente leer libros (por ejemplo, *Sexual Awareness* de McCarthy y McCarthy; *The Gift of Sex* de Penner y Penner; *For Yourself: The New Male Sexuality* de Zilbergeld) que le aporten información sexual precisa y/o presenten ejercicios sexuales que le desinhiban y refuercen su interés por las sensaciones sexuales.
23. Enumerar en una lista las condiciones y los factores que influyen positivamente en la excitación sexual como el entorno, el momento del día y el ambiente. (33)
32. de Zilbergeld) que le aporten información sexual precisa y/o presenten ejercicios sexuales que le desinhiban y refuercen su interés por las sensaciones sexuales.
24. Identificar y sustituir los mensajes cognoscitivos negativos que desencadenan las reacciones emocionales negativas durante la actividad sexual. (34, 35)
33. Pedir a la pareja que elabore una lista con las condiciones y los factores que influyen positivamente en su excitación sexual; analizar la lista para crear un entorno que favorezca la excitación sexual.
34. Explorar los pensamientos automáticos que desencadenan las emociones negativas del cliente, como el miedo, la vergüenza, el enfado o la pena antes, durante y después de la actividad sexual.
25. Hablar de los problemas relacionados con la baja autoestima que dificultan el funcionamiento sexual y verbalizar una imagen positiva de sí mismo. (36)
35. Enseñar al cliente pensamientos alternativos saludables inductores de placer, relajación y desinhibición.
26. Comunicar los sentimientos de amenaza a la pareja basados en la percepción de que la
36. Explorar el miedo del cliente de ser un compañero sexual inapropiado y que conduce a la evitación sexual.
37. Explorar los sentimientos de amenaza del cliente provocados por la percepción de su pareja


- agresiva sexualmente o demasiado crítica. (37)
27. Verbalizar una imagen positiva del propio cuerpo. (38, 39)
28. Poner en práctica nuevas posiciones coitales y entornos para la actividad sexual que potencien el placer y la satisfacción. (32, 40)
29. Adoptar conductas más asertivas que permitan compartir las necesidades, sensaciones y deseos sexuales, actuar más sensualmente y expresar el placer. (41, 42)
- sexualmente.
38. Pedir al cliente que haga una lista con los puntos fuertes de su cuerpo; confrontar las distorsiones irrealistas y los comentarios críticos.
39. Explorar los sentimientos del cliente sobre su propia imagen corporal, centrándose en las causas de su negativismo.
32. Mandar al cliente leer libros (por ejemplo, *Sexual Awareness* de McCarthy y McCarthy; *The Gift of Sex* de Penner y Penner; *For Yourself: The New Male Sexuality* de Zilbergeld) que le aporten información sexual precisa y/o presenten ejercicios sexuales que le desinhiban y refuercen su interés por las sensaciones sexuales.
40. Sugerir experimentar con otras posiciones coitales y entornos para el juego sexual que puedan reforzar las sensaciones de seguridad, excitación y satisfacción en el cliente.
41. Autorizar al cliente a tener una conducta sexual menos inhibida, menos limitada, asignándole ejercicios de placer corporal con la pareja.
42. Animar al cliente a explorar gradualmente el hecho de tener una mayor reafirmación sexual, de ser más provocativo sensualmente y libremente desinhibido en

30. Resolver los conflictos o desarrollar estrategias de manejo que reduzcan la interferencia del estrés en el interés o el desempeño sexual. (43)
31. Verbalizar un mayor deseo y un mayor placer con la actividad sexual. (40, 42, 44)
43. mente y libremente desinhibido en el juego sexual con su pareja.
Explorar el estrés en el ámbito del trabajo, de la familia extendida y las relaciones sociales que pueda distraer al cliente del deseo o el desempeño sexual (ver los capítulos sobre Ansiedad, Conflictos familiares y Estrés profesional en este mismo libro).
Sugerir experimentar con otras posiciones coitales y entornos para el juego sexual que puedan reforzar las sensaciones de seguridad, excitación y satisfacción en el cliente.
40. Animar al cliente a explorar gradualmente el hecho de tener una mayor reafirmación sexual, de ser más provocativo sensualmente y libremente desinhibido en el juego sexual con su pareja.
42. Reforzar las expresiones de deseo y de placer del cliente en relación con la actividad sexual.
- 44.

DIAGNÓSTICOS SUGERIDOS

Eje I:	302.71	Deseo sexual hipoactivo
	302.79	Trastorno por aversión al sexo
	302.72	Trastorno de la erección en el varón
	302.74	Trastorno orgásmico masculino
	302.76	Dispareunia
	302.75	Eyacuación precoz
	608.89	Deseo sexual hipoactivo en el varón debido a trastorno del Eje III
	607.84	Trastorno de la erección en el varón debido a trastorno del Eje III
	608.89	Dispareunia masculina debida a trastorno del Eje III
	302.70	Trastorno sexual no especificado
	995.53	Abuso sexual del niño, víctima

Nota

 indica que los objetivos / intervenciones seleccionados coinciden con los de los tratamientos basados en la evidencia.

DISOCIACIÓN

DEFINICIONES CONDUCTUALES

1. Existencia de dos o más estados de personalidad diferentes que recurrentemente se apoderan del control del comportamiento de la persona.
2. Episodio súbito de incapacidad de recordar información importante sobre la identificación personal que es más que un olvido sin importancia.
3. Experiencias persistentes o recurrentes de despersonalización, de sentirse separado de los propios procesos mentales o del propio cuerpo durante las cuales la percepción de la realidad permanece intacta.
4. Experiencias persistentes o recurrentes de despersonalización; sentirse automatizado o como en un sueño.
5. Despersonalización suficientemente grave y persistente como para causar dificultades notables en la vida diaria.

METAS A LARGO PLAZO

1. Integrar las diferentes personalidades.
2. Reducir la frecuencia y la duración de los episodios disociativos.
3. Resolver el trauma emocional subyacente a la alteración disociativa.
4. Reducir el nivel de dificultades diarias causadas por las alteraciones disociativas.
5. Recuperar la plena memoria.

OBJETIVOS A CORTO PLAZO

1. Identificar cada personalidad y que cada una cuente su historia. (1, 2)
2. Evaluar con un médico la necesidad de tomar medicación psicotrópica. (3)
3. Tomar con responsabilidad los medicamentos psicotrópicos recetados y con la frecuencia indicada por el médico. (4)
4. Identificar las cuestiones clave que desencadenan el estado disociativo. (5, 6, 7)

INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS

1. Reforzar activamente el nivel de confianza con el cliente en sesiones individuales mediante un contacto visual sistemático, una escucha activa, una mirada positiva incondicional y una aceptación cálida para aumentar su capacidad de identificar y de expresar sus sentimientos.
Sin fomentarlas, explorar y evaluar la existencia de
2. las diferentes personalidades que toman el control del cliente.
3. Disponer lo necesario para que un médico evalúe la necesidad de que el cliente tome medicación psicotrópica.
4. Hacer un seguimiento y evaluar el cumplimiento, la efectividad y los efectos secundarios de los psicotrópicos recetados al cliente.
5. Explorar los sentimientos y las circunstancias que desencadenan el estado disociativo del cliente.
6. Explorar las fuentes de dolor emocional o traumas de cliente, así como sus sentimientos de miedo, inadecuación, rechazo o abuso.
7. Ayudar al cliente a aceptar que existe una conexión entre su disociación y la evitación de hacer frente a los conflictos / problemas emocionales.

5. Reducir el número y la duración de los cambios de personalidad. (8, 9)
6. Practicar la relajación y la respiración profunda como un modo de reducir la ansiedad. (10)
7. Verbalizar la aceptación de los episodios de disociación breves no como motivo de pánico sino como fenómeno pasajero. (11)
8. Analizar el periodo anterior a la pérdida de memoria y el periodo después de haberla recuperado. (6, 12)
9. Cooperar con su derivación a un neurólogo para descartar los factores orgánicos en los episodios amnésicos. (13)
10. Asistir a sesiones de terapia familiar centradas en recordar la información sobre la historia personal. (12, 14)
- Utilizar fotografías y
8. Facilitar la integración de la personalidad del cliente apoyándole y animándole a permanecer centrado en la realidad en lugar de escapar mediante la disociación.
9. Señalar al cliente la importancia de centrarse en la realidad de aquí y ahora en lugar de preocuparse con los traumas del pasado y el fenómeno disociativo asociado con esta fijación. Reforzar los ejemplos de comportamiento de aquí y ahora.
10. Enseñar al cliente técnicas de relajación y de respiración profunda para usarlas en el manejo de la ansiedad.
11. Enseñar al cliente a estar tranquilo y a ser realista ante breves fenómenos de disociación, para no acelerar los síntomas de ansiedad sino permanecer centrado en la realidad.
6. Explorar las fuentes de dolor emocional o traumas de cliente, así como sus sentimientos de miedo, inadecuación, rechazo o abuso.
12. Organizar y facilitar una sesión con el cliente y sus personas allegadas para ayudarle a recuperar la información personal perdida.
13. Derivar al cliente a un neurólogo para que evalúe las posibles causas orgánicas de los episodios de pérdida de la memoria.
12. Organizar y facilitar una sesión con el cliente y sus personas allegadas para ayudarle a recuperar la información personal perdida.
14. Pedir tranquilamente al cliente que sea paciente a la hora de intentar recuperar los recuerdos perdidos.

11. otras pertenencias para estimular los recuerdos sobre la historia personal. (14, 15)
14. Pedir tranquilamente al cliente que sea paciente a la hora de intentar recuperar los recuerdos perdidos.
15. Utilizar fotografías y otras pertenencias para despertar sus recuerdos con delicadeza.

DIAGNÓSTICOS SUGERIDOS

Eje I:	303.90	Dependencia del alcohol
	300.14	Trastorno de identidad disociativo
	300.12	Amnesia disociativa
	300.6	Trastorno de despersonalización
	300.15	Trastorno disociativo no especificado
Eje II:	799.9	Diagnóstico aplazado
	V71.09	Sin diagnóstico

DOLOR CRÓNICO

DEFINICIONES CONDUCTUALES

1. Experimenta dolor más allá de un proceso de curación normal (seis meses o más) que limita de forma importante las actividades físicas.
2. Se queja de dolor generalizado en varias articulaciones, músculos y huesos, lo cual debilita su funcionamiento normal.
3. Toma cada vez más medicamentos sin que ello alivie (o muy poco) el dolor.
4. Experimenta tensión, migraña, enfermedades agrupadas o dolores de cabeza diarios de origen desconocido.
5. Experimenta dolor en la espalda o el cuello, cistitis intersticial o neuropatía diabética.
6. Experimenta dolor intermitente como el relacionado con la artritis reumatoide o el síndrome del intestino irritable.
7. Ha reducido o dejado de realizar actividades como el trabajo, las tareas domésticas, salidas sociales, ejercicio, sexo u otras actividades placenteras debido al dolor.
8. Presenta mayores molestias físicas generalizadas (por ejemplo, cansancio, sudores nocturnos, insomnio, tensión muscular, dolores corporales).
9. Muestra signos y síntomas de depresión.
10. Realiza afirmaciones como “No puedo hacer lo que solía hacer”; “Nadie me comprende”, “¿Por qué a mí?”, “¿Cuándo se me pasará esto?”, “No puedo soportar más este dolor” y “No puedo seguir

METAS A LARGO PLAZO

1. Adquirir y utilizar las técnicas necesarias para aliviar el dolor.
2. Regular el dolor para maximizar el funcionamiento diario y volver a ser productivo laboralmente.
3. Encontrar alivio al dolor y volver a sentir satisfacción y alegría en la realización de las actividades cotidianas.
4. Encontrar una vía de escape al dolor.
5. Aceptar el dolor crónico y seguir con su vida lo mejor posible.
6. Reducir el sufrimiento diario debido al dolor.

OBJETIVOS A CORTO PLAZO

Describir la naturaleza,

los antecedentes, el
1. impacto y las causas
conocidas del dolor
crónico. (1, 2)

Realizar una revisión
médica completa para
descartar cualquier causa
2. alternativa del dolor y
revelar nuevas
posibilidades de
tratamiento. (3)

Derivar al cliente a un
3. programa de manejo del
dolor o de rehabilitación.
(4, 5, 6)

INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS

Evaluar los antecedentes y el
1. estado actual del dolor crónico del
cliente.

Explorar los cambios en el estado
de ánimo, la actitud, los roles
2. social, profesional y
familiar/conyugal del cliente que
se han producido como resultado
del dolor.

Derivar al cliente a un médico o
una clínica para realizar una
revisión médica completa y
3. descartar cualquier enfermedad
diagnosticada y obtener nuevas
recomendaciones sobre las
opciones de tratamiento.

Informar al cliente sobre los
diferentes especialistas en el
4. manejo del dolor o programas de
rehabilitación disponibles y
ayudarle a decidir cuál le iría
mejor.

Derivar al cliente a un especialista
en el manejo del dolor o clínica de



4. Que un especialista en dolor crónico o en jaquecas le realice una revisión médica completa. (7)



5. Participar en una terapia cognitiva conductual en grupo para el manejo del dolor.





6. Verbalizar que se comprende el dolor.(9)


Verbalizar que se comprenden los factores

5. su elección y que éste firme las autorizaciones adecuadas para que el terapeuta esté al corriente de su evolución en el programa y para coordinar los servicios.

6. Obtener del cliente un compromiso verbal de cooperar con los especialistas en el manejo del dolor, con la clínica o el programa de rehabilitación.

7. Pedir al cliente que pase una revisión médica con un especialista en dolor crónico o jaquecas; hablar con el médico posteriormente para saber qué recomienda y analizarlo con el cliente. 

8. Formar un pequeño grupo cerrado (4-8 clientes) para el manejo del dolor (ver *Group Therapy for Patients with Chronic Pain* de Keefe, Beupre, Gil, Rumble y Aspnes). 

9. Enseñar al cliente las diferencias clave entre la rehabilitación y la curación biológica, entre las intervenciones médicas conservadoras y las intervenciones agresivas, entre el dolor agudo y el crónico, entre el dolor benigno y el no benigno, entre la cura y el manejo, el uso adecuado de la medicación, el papel de las técnicas de autorregulación, etcétera. 

Enseñar al cliente los factores que justifican el tratamiento para ayudarlo a comprender que los pensamientos, los sentimientos y

que justifican el tratamiento. (10, 11)

el comportamiento pueden influir en el dolor y destacar el papel que puede desempeñar el cliente en el manejo de su propio dolor. ▾

Pedir al cliente que lea capítulos de libros o manuales de tratamiento que describan las enfermedades relacionadas con el

11. dolor y su tratamiento cognitivo conductual (por ejemplo, *The Chronic Pain Control Workbook* de Catalano y Hardin). ▾

Enseñar al cliente a hacer un seguimiento de sus síntomas; pedirle que escriba un diario del dolor en el que apunte el momento del día, dónde y qué estaba haciendo, la gravedad y qué ha hecho para aliviar el dolor (o mandar realizar el “*Pain and Stress Journal*” en *Adult*

8. Identificar y hacer un seguimiento de los desencadenantes específicos del dolor. (12)

12. *Psychotherapy Homework Planner*, 2ª edición, de Jongsma); analizar el diario con el cliente para entender mejor la naturaleza del dolor, los desencadenantes cognoscitivos, afectivos y conductuales, y el efecto positivo o negativo de las intervenciones que está utilizando actualmente. ▾

9. Aprender y poner en práctica técnicas somáticas como la relajación y/o el biofeedback para reducir el nivel de dolor. (13, 14, 15, 16, 17)

13. Enseñar al cliente técnicas de relajación (por ejemplo, relajación muscular progresiva, imágenes guiadas, respiración diafragmática lenta) y cómo diferenciar mejor la relajación y la tensión; enseñar al cliente a aplicar estas técnicas en su vida diaria (ver *Progressive Relaxation Training* de Bernstein y Borkovec). ▾





- 10. Incorporar la terapia física en la rutina diaria. (18)





- 11. Aprender técnicas de control mental y ponerlas en práctica con las técnicas somáticas para el manejo del dolor agudo. (19)


Aumentar el nivel y el campo de actividad


- 14. Derivar al cliente o realizar con él formación en biofeedback (por ejemplo, EMG para el dolor relacionado con la tensión muscular, térmico para el dolor migrañoso). Mandarle practicar en casa con la técnica. 

- 15. Identificar los ámbitos de la vida del cliente en los que pueda poner en práctica las técnicas aprendidas mediante relajación o biofeedback. 

- 16. Mandar un ejercicio en el que el cliente ponga en práctica las técnicas de manejo del dolor somático y tome nota de los resultados; repasar y analizar durante la sesión de tratamiento. 

- 17. Pedir al cliente que lea sobre la relajación muscular progresiva y otras estrategias de relajación en libros sobre la materia o manuales de tratamiento (por ejemplo, *Progressive Relaxation Training* de Bernstein y Borkovec). 

- 18. Derivar al cliente a una terapia física si el dolor es heterogéneo. 

- 19. Enseñar al cliente técnicas de distracción (por ejemplo, imágenes agradables, contar, puntos de atención alternativos) y cómo utilizarlas con las técnicas de relajación para un mejor manejo de los episodios agudos de dolor. 

Pedir al cliente que elabore una lista de actividades que le resulten agradables; analizar la lista,



12. identificando y realizando actividades agradables. (20)

Identificar los pensamientos negativos relacionados con el dolor



13. y sustituirlos por pensamientos más positivos relacionados con hacerle frente. (21, 22, 23)

Integrar y poner en práctica nuevas maneras mentales, somáticas y conductuales de manejar el dolor. (24)




- 14.


Superar los obstáculos a la puesta en práctica de nuevas formas de




- 15.

20. aumentando gradualmente la frecuencia de realización de las actividades agradables identificadas. 


Explorar los esquemas y las reflexiones del cliente que median en su respuesta al dolor,

21. cuestionando los sesgos; ayudarlo a generar pensamientos que corrijan los sesgos, faciliten hacer frente al dolor y reforzar la confianza en su manejo. 

Mandar al cliente un ejercicio en el que identifique reflexiones negativas relacionadas con el dolor y alternativas positivas (o realizar el ejercicio “*Journal and Replace*” en

22. *Self-Defeating Thoughts*” en *Adult Psychotherapy Homework Planner*, 2ª edición, de Jongsma); repasar y reforzar los logros, aportando correcciones para la mejora. 

Pedir al cliente que lea libros o manuales de tratamiento sobre reestructuración cognoscitiva (por ejemplo, *The Chronic Pain Control Workbook* de Catalano y Hardin).

23. Ayudar al cliente a integrar las técnicas de manejo del dolor aprendidas (por ejemplo, relajación, distracción, planificación de actividades) en un abanico cada vez mayor de actividades diarias; tomar nota y repasar. 

Enseñar al cliente técnicas de resolución de problemas para que las aplique para eliminar los


- 25.


15. nuevas formas de manejar el dolor. (25)





16. Poner en práctica estrategias de prevención de las recaídas para hacer frente a los retos futuros. (26, 27, 28)

17. Incorporar el ejercicio físico dentro de la rutina diaria. (29, 30, 31)

25. obstáculos a la puesta en práctica de nuevas técnicas. 

26. Analizar con el cliente la distinción entre un lapsus y una recaída, asociando el lapsus con un retorno inicial y reversible del dolor o de los malos hábitos (por ejemplo, un “mal día”) y la recaída con el retorno persistente del dolor y de los hábitos cognoscitivos y conductuales anteriores que exacerbaban el dolor. 

27. Identificar y ensayar con el cliente el manejo de futuras situaciones o circunstancias en las que se puedan producir lapsus, utilizando las estrategias aprendidas durante la terapia. 

28. Hacer un seguimiento periódico con el cliente para superar las dificultades y reforzar los logros. 

29. Ayudar al cliente a reconocer los beneficios del ejercicio practicado con regularidad, animándole a realizar ejercicio en su vida diaria y a observar los resultados; animarle permanentemente a seguir con el régimen.

30. Derivar al cliente a un club deportivo para que le preparen un programa de ejercicios personalizados individualmente o una terapia física que posteriormente apruebe su médico.


31. Derivar al cliente a una clase de yoga para principiantes.
Derivar al cliente a un dietista para

18. dieta que promuevan la salud y la buena forma física. (32)
19. Explorar el uso de terapias alternativas para el manejo del dolor. (33)
20. Aprender y poner en práctica técnicas de manejo del estrés. (34, 35, 36)
21. Conectar con las personas de su red social que apoyen sus cambios terapéuticos. (37)
32. resultados después de la consulta, identificando los cambios que puede realizar y cómo puede empezar a ponerlos en práctica.
33. Explorar la apertura del cliente hacia terapias alternativas para el manejo del dolor (por ejemplo, acupuntura, hipnosis, masaje terapéutico); remitirle a esos servicios, si es necesario.
34. Enseñar al cliente técnicas de manejo del estrés (por ejemplo, relajación muscular profunda, distracción, restructuración cognoscitiva, mayor realización de actividades agradables) para manejar los factores estresantes que pueden exacerbar el dolor o su vulnerabilidad ante él.
35. Ayudar al cliente a ser capaz de que el humor forme más parte de su vida diaria; promoverlo de varias maneras (por ejemplo, utilizar más el humor, contar chistes); mandar al cliente que vea una o dos comedias a la semana.
36. Ayudar al cliente a aplicar las técnicas de manejo del estrés en su vida diaria.
37. Evaluar la red social de apoyo del cliente y animarle a conectar con personas que faciliten o apoyen su cambio positivo.

DIAGNÓSTICOS SUGERIDOS

Eje I:	307.89	Trastorno por dolor asociado a factores psicológicos y a enfermedad médica
	307.80	Trastorno por dolor asociado a factores psicológicos
	300.81	Trastorno somatomorfo
	300.11	Trastorno de conversión
	296.3x	Trastorno depresivo mayor, recidivante
	300.3	Trastorno obsesivo-compulsivo
	302.70	Trastorno sexual no especificado
	304.10	Dependencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
	304.80	Dependencia de varias sustancias

Nota

 indica que los objetivos / intervenciones seleccionados coinciden con los de los tratamientos basados en la evidencia.

DUELO / PÉRDIDA NO RESUELTO

DEFINICIONES CONDUCTUALES

1. Pensamientos dominados por la pérdida unidos a una falta de concentración, episodios de lloros, y confusión sobre el futuro.
2. Serie de pérdidas en la vida (es decir, fallecimientos, divorcios, empleos) que han llevado a la depresión y al desánimo.
3. Respuesta emocional fuerte que se manifiesta al hablar de las pérdidas.
4. Falta de apetito, pérdida de peso y/o insomnio así como otros signos de depresión que han aparecido desde la pérdida.
5. Sentimientos de culpa por no haber hecho lo suficiente por la persona allegada perdida, o creencia irracional de haber contribuido al fallecimiento de la persona querida.
6. Evitación de hablar de la pérdida salvo a nivel superficial.
7. Pérdida de la red de apoyo positiva debido a una mudanza geográfica.

METAS A LARGO PLAZO

1. Empezar un proceso de duelo sano en torno a la pérdida.
2. Ser más consciente de cómo la evitación del duelo ha afectado en la vida y empezar el proceso de sanación.
3. Terminar el proceso de dejar marchar a la persona querida.
4. Resolver la pérdida y empezar a reanudar antiguas relaciones y a iniciar nuevos contactos con los demás.

OBJETIVOS A CORTO PLAZO

- Contar en detalle la historia de la pérdida actual que está desencadenando los síntomas. (1, 2, 3)
- 1.

- Leer libros sobre el tema del duelo para comprender mejor la experiencia de la pérdida y para desarrollar la esperanza. (4, 5)
- 2.

Identificar las fases del duelo que se han

INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS

- Reforzar activamente el nivel de confianza con el cliente en sesiones individuales mediante un contacto visual sistemático, una escucha activa, una mirada positiva incondicional y una aceptación cálida para contribuir a aumentar su capacidad de identificar y expresar sus pensamientos y sentimientos.
1. Mediante la empatía y la compasión, apoyar y animar al cliente a contar en detalle la historia de su pérdida reciente.
 2. Pedir al cliente que elabore en una autobiografía las circunstancias, los sentimientos y los efectos de la pérdida o pérdidas en su vida.
 3. Pedir al cliente que lea libros sobre el duelo y la pérdida (por ejemplo, *Getting to the Other Side of Grief: Overcoming the Loss of a Spouse* de Zonnebelt-Smeenge y *De Vries; How Can It Be All Right When Everything Is All Wrong* de Smedes; *How to Survive the Loss of a Love* de Colgrove, Bloomfield y McWilliams; *When Bad Things Happen to Good People* de Kushner); analizar su contenido.
 4. Pedir a los padres cuyo hijo ha fallecido que lean un libro sobre cómo afrontar la pérdida (por ejemplo, *The Bereaved Parent* de Schiff); analizar los temas clave desprendidos de esta lectura.
 - 5.

Pedir al cliente que hable con varias personas sobre las

3. experimentado dentro del proceso continuo de duelo. (6, 7, 8)
4. Mirar videos sobre el tema del duelo y la pérdida y comparar la experiencia propia con la de los personajes de las películas. (9)
5. Empezar a verbalizar los sentimientos asociados con la pérdida. (10, 11, 12)
6. Participar en un grupo de apoyo para duelos y pérdidas. (13)
7. Comprender que el hecho de evitar hacer frente a la pérdida ha tenido un impacto negativo en su vida. (14)
8. Identificar cómo el uso de sustancias ha contribuido a la evitación de los sentimientos asociados con la pérdida. (15, 16)
6. pérdidas en sus vidas y sobre cómo se sintieron y se enfrentaron a ellas. Analizar los sentimientos.
7. Explicar al cliente las fases del proceso de duelo y responder a las preguntas que pueda tener.
Ayudar al cliente a identificar las fases del duelo que ha experimentado y qué etapa está atravesando en el momento actual.
8. Pedir al cliente que mire las películas *Terms of Endearment*, *Dad*, *Ordinary People*, o una película similar centrada en la pérdida y el duelo, luego hablar de cómo los personajes hacen frente a la pérdida y expresan su dolor.
9. Pedir al cliente que escriba cada día un diario del duelo para compartirlo en las sesiones terapéuticas.
10. Pedir al cliente que aporte imágenes o recuerdos conectados con su pérdida a una sesión y que hable de ellos.
11. Ayudar al cliente a identificar y a expresar los sentimientos conectados con su pérdida.
12. Pedir al cliente que participe en un grupo de apoyo de duelo / pérdidas y que cuente al terapeuta qué le pareció asistir.
13. Pedir al cliente que escriba en una lista de qué maneras evitar el duelo ha influido negativamente en su vida.
14. Evaluar el papel que ha jugado el abuso de sustancias por parte del cliente como vía de escape del dolor o de la culpa por la pérdida.
15. Disponer lo necesario para tratar la dependencia de

16. sustancias para que el cliente aborde el duelo estando limpio y sobrio (ver el capítulo sobre Dependencia de sustancias en este mismo libro).
9. Reconocer la dependencia de la persona querida fallecida y empezar a centrar de nuevo su vida en acciones independientes para satisfacer las necesidades emocionales. (17, 18)
17. Ayudar al cliente a identificar cómo dependía de la persona fallecida, expresando y resolviendo los sentimientos de abandono y de soledad que le acompañan.
18. Explorar los sentimientos de ira o culpa en torno a la pérdida, ayudando al cliente a comprender las fuentes de tales sentimientos.
10. Verbalizar y resolver los sentimientos de enfado o de culpa centrados en sí mismo o en la persona querida fallecida que bloquean el proceso de duelo. (19, 20)
19. Animar al cliente a perdonarse a sí mismo o a la persona fallecida para resolver sus sentimientos de culpa o ira. Recomendar libros como *Forgive and Forget* (Smedes).
20. Apoyar y ayudar al cliente a identificar y expresar sus sentimientos de ira relacionados con la pérdida.
11. Identificar las causas de los sentimientos de remordimiento asociados con acciones o con la relación con la persona fallecida. (21)
21. Pedir al cliente que elabore una lista de todos los remordimientos que tiene con respecto a la pérdida; analizar el contenido de la lista.
12. Afirmar y sentirse menos responsable de la pérdida. (22)
22. Utilizar un enfoque de la terapia emotiva racional (TER) para confrontar al cliente cuando afirme ser responsable de la pérdida y comparar tales afirmaciones con las afirmaciones factuales basadas en la realidad.
23. Expresar pensamientos y sentimientos sobre la persona fallecida que quedaron sin expresar mientras todavía
23. Realizar el ejercicio de la silla vacía con el cliente centrado en expresar a la persona amada fallecida imaginada en la silla aquello que nunca le dijo en vida.

estaba viva. (23, 24,
25, 26)

24. Pedir al cliente que visite la tumba de la persona amada fallecida y que “hable” con el fallecido y airee sus sentimientos.

25. Pedir al cliente que escriba una carta a la persona desaparecida describiendo sus recuerdos más queridos, los recuerdos dolorosos y tristes y cómo se siente actualmente. Analizar la carta en la sesión.

26. Pedir al cliente que escriba a la persona amada fallecida centrándose especialmente en los sentimientos asociados con el último contacto significativo con esa persona.

14. Identificar las posibles características de la persona fallecida, los aspectos positivos de la relación con la persona amada fallecida y cómo se pueden recordar estas cosas. (27, 28)

27. Pedir al cliente que enumere los aspectos más positivos y los recuerdos sobre su relación con la persona amada desaparecida.

28. Ayudar al cliente a desarrollar rituales (por ejemplo, publicar una esquela en el periódico en el aniversario del fallecimiento, hacer voluntariado a favor de la causa favorita del fallecido) para celebrar los aspectos memorables de la persona amada y su vida.

15. Asistir y participar en una sesión de terapia familiar en la que cada miembro comparta su experiencia con el duelo. (29)

29. Realizar una sesión familiar y/o en grupo con la participación del cliente, en que cada miembro hable de su experiencia relacionada con la pérdida.

16. Indicar que cada día pasa menos tiempo centrado en la pérdida. (30, 31)

30. Desarrollar un ritual de duelo con un estado emocional identificado (por ejemplo, vestirse de color oscuro, preferiblemente negro, para indicar la pena profunda) que el cliente pueda realizar cuando se acerque el aniversario del fallecimiento. Analizar lo que el ritual le ha aportado.

Sugerir al cliente que dedique un tiempo limitado cada día para centrarse en su luto. Al terminar este momento

- diario, el cliente retomará sus actividades habituales y aparcará los pensamientos relacionados con el duelo hasta el siguiente momento programado. Por ejemplo, los momentos de luto podrían incluir vestirse de negro y/o poner música triste, cambiándose de ropa al terminar el tiempo específico.
31. Investigue con el cliente las actividades, los intereses, los compromisos, los amores y las pasiones de la persona amada desaparecida, luego seleccionar una actividad relacionada con algún servicio comunitario como acto de penitencia por los sentimientos de haber fallado de algún modo a la persona desaparecida. (El periodo de tiempo no debe ser inferior a un mes, con una intensidad y duración en función de la profundidad de la ofensa percibida).
17. Desarrollar y permitir acto(s) de penitencia. (32)
32. Animar al cliente a apoyarse en sus promesas de fe y actividades espirituales (oraciones, meditación, culto, música) y en la comunión como fuentes de apoyo.
18. Poner en práctica actos de fe espiritual como fuente de consuelo y esperanza. (33)
- 33.

DIAGNÓSTICOS SUGERIDOS

Eje I:	296.2x	Trastorno depresivo mayor, episodio único
	296.3x	Trastorno depresivo mayor, recidivante
	V62.82	Duelo
	309.0	Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo
	309.3	Trastorno adaptativo con trastorno de comportamiento
	300.4	Trastorno distímico

ESTRÉS ECONÓMICO

DEFINICIONES CONDUCTUALES

1. Endeudamiento y facturas por pagar que superan la capacidad de satisfacer a los pagos mensuales.
2. Pérdida de ingresos por desempleo.
3. Reducción en los ingresos debido a un cambio en la situación laboral.
4. Conflicto con la pareja por la gestión del dinero, la definición de los gastos necesarios y los objetivos de ahorro.
5. Sensación de baja autoestima y desesperanza asociada con la ausencia de ingresos suficientes para cubrir el coste de la vida.
6. Falta de disciplina de larga duración en la gestión del dinero que ha llevado a un endeudamiento excesivo.
7. Crisis incontrolable (por ejemplo, facturas médicas, despido laboral) que ha provocado que los importes de las facturas debidas superen la capacidad de realizar sus pagos.
8. Miedo a perder la vivienda por la incapacidad de satisfacer los pagos mensuales de la hipoteca.
9. Patrón de impulsividad en los gastos que no tiene en cuenta las consecuencias económicas finales.

METAS A LARGO PLAZO

1. Establecer un presupuesto de ingresos y gastos claro que satisfaga las demandas de pago de las facturas.
2. Contactar con los acreedores para elaborar un plan de pagos revisado para las facturas pendientes.
3. Recuperar cierta autoestima, insistiendo en que el valor de uno no está relacionado con su capacidad de hacer cosas o de poseer cosas que valen dinero.
4. Comprender las necesidades personales, las inseguridades y las ansiedades que inducen el gasto excesivo.
5. Adquirir una fortaleza interior para controlar los impulsos personales, los antojos y los deseos que directa o indirectamente aumentan la deuda de forma irresponsable.

OBJETIVOS A CORTO PLAZO

- Describir los detalles de la situación económica actual. (1, 2, 3)
- 1.

- Aislar las fuentes y las causas del endeudamiento excesivo. (4)
- 2.

- Verbalizar los sentimientos de depresión, desesperanza y/o vergüenza relacionados con la situación económica. (5, 6)
- 3.

- Describir cualquier impulso suicida que pueda acompañar al estrés económico. (6, 7)
- 4.

INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS

- Proporcionar al cliente un entorno de apoyo y reconfortante siendo empático, cálido y sensible, ya que el tema puede hacerle sentir culpable, avergonzado e incómodo.
- 1.
 2. Explorar la situación económica actual del paciente.
 3. Ayudar al cliente a elaborar una lista completa de obligaciones económicas.
Ayudar al cliente a identificar, sin proyectar culpa ni aferrarse a excusas, las causas de su crisis económica median-te un repaso a su historial de gastos.
 - 4.
 5. Explorar los sentimientos de desesperanza o impotencia del cliente que pueden estar asociados con su crisis económica.
Evaluar la profundidad o la gravedad del abatimiento que sufre el cliente por sus problemas económicos.
 6. Evaluar la profundidad o la seriedad del abatimiento que sufre el cliente por sus problemas económicos.
Evaluar el riesgo potencial del cliente de adoptar un comportamiento suicida. Si es

- Identificar las prioridades que deberían controlar cómo se gasta el dinero. (8, 9)
- 5.
- Describir el patrón de gestión del dinero de la familia de origen y cómo este patrón puede influir en la propia crisis de crédito. (19)
- 6.
- Reunirse con el personal de la administración local para pedir asistencia social. (11, 12)
- 7.
- Elaborar un presupuesto que equilibre los ingresos con los gastos. (13, 14)
- 8.
- Reunirse con un asesor económico para que le ayude a preparar un presupuesto y a contactar con los acreedores para elaborar un plan de repago razonable. (15, 16)
- 9.
- Reunirse con un abogado para que le ayude a decidir si declararse en quiebra o no. (11,
- 10.
7. necesario, adoptar medidas para garantizar la seguridad del cliente (ver el capítulo sobre Ideación suicida en este mismo libro.
8. Pedir al cliente que enumere las prioridades que cree que deberían orientar su modo de gastar el dinero; analizar dichas prioridades. Repasar el historial de gastos del cliente para descubrir las prioridades y valores que han encauzado mal el gasto.
- 9.
10. Explorar los patrones de la familia de origen del cliente en torno a ganar, ahorrar y gastar el dinero, centrándose en cómo estos patrones influyen en sus decisiones económicas actuales.
11. Evaluar la necesidad de que el cliente se declare en quiebra, solicite asistencia social y/o obtenga asesoramiento económico.
12. Dirigir al cliente a los recursos eclesiásticos o locales adecuados en busca de asistencia social y apoyarle en el inicio de este proceso de solicitud que le puede resultar humillante.
13. Si hace falta un plan económico, derivar al cliente a un profesional o pedir a colaboradores que redacten el presupuesto actual y un plan de ahorro y de inversión a largo plazo.
14. Comprobar que el presupuesto del cliente es razonable y completo.
15. Derivar al cliente a un servicio de asesoramiento económico gratuito y sin ánimo de lucro para elaborar un plan presupuestario de repago de la deuda.
16. Animar al cliente a asistir a todas las sesiones de asesoramiento económico y a ser disciplinado en el control de sus gastos dentro de las orientaciones presupuestarias.
11. Evaluar la necesidad de que el cliente se declare en quiebra, solicite asistencia social y/u

- 17)
- Identificar los rasgos de personalidad que fomentan el gasto indisciplinado. (18, 19)
- 11.
17. Derivar al cliente a un abogado para hablar de la viabilidad y de las implicaciones del hecho de solicitar declararse en quiebra.
18. Explorar al cliente en busca de evidencias de baja autoestima, necesidad de impresionar a los demás, soledad o depresión que puedan acelerar el gasto innecesario e injustificado.
19. Evaluar al cliente en busca de cambios de humor característicos del trastorno bipolar y que podrían ser los causantes del gasto descuidado debido a las fases mentales alteradas de la fase maníaca.
- Describir honestamente los posibles problemas propios o de algún miembro de la familia con el abuso de sustancias que hayan podido contribuir a la irresponsabilidad económica. (20, 21)
- 12.
20. Explorar al cliente en busca de un consumo excesivo de alcohol u otras drogas formulándole preguntas de los instrumentos de exploración *CAGE* o *Michigan Alcohol Screening Test (MAST)* para determinar el abuso de sustancias.
21. Explorar la posibilidad de que los miembros de la familia o la pareja del cliente consuman alcohol o drogas.
- Verbalizar un plan para buscar empleo y aumentar el nivel de ingresos. (22, 23)
- 13.
22. Repasar los ingresos del cliente procedentes de su empleo y pensar en cómo aumentarlos (por ejemplo, otro empleo a tiempo parcial, un trabajo mejor remunerado, formación laboral).
23. Ayudar al cliente a formular un plan para encontrar trabajo.
- Establecer objetivos económicos y tomar decisiones presupuestarias con la pareja, que permitan una contribución igualitaria y un control equilibrado sobre los asuntos económicos. (24, 25)
- 14.
24. Fomentar que el cliente realice una planificación económica conjuntamente con su pareja.
25. Reforzar los cambios en la gestión económica que reflejen transigencia, planificación responsable y cooperación respetuosa con la pareja del cliente.
- Mantener un registro semanal y mensual de los ingresos y gastos económicos. (26, 27)
- 15.
26. Animar al cliente a mantener un registro semanal y mensual de las entradas y salidas; repasar las notas semanalmente y reforzar sus decisiones económicas responsables.

- Utilizar estrategias
cognoscitivas y conductuales
para controlar el impulso de
hacer compras innecesarias y
que están fuera de su alcance.
(28, 29, 30, 31)
- 16.
27. decisiones económicas responsables.
Elogiar y animar los progresos del cliente en la
resolución de sus deudas.
28. Realizar juegos de rol con situaciones en que el
cliente deba resistir a la tentación interior de
gastar más allá de unos límites razonables,
destacando las reflexiones positivas de
felicitación hacia uno mismo por ser
disciplinado.
29. Realizar juegos de rol con situaciones en que el
cliente deba resistir a la presión externa de
gastar más de lo que se puede permitir (por
ejemplo, la invitación de un amigo a ir al golf, o
de compras, o que un hijo le pida un juguete),
poniendo el acento en ser amablemente
asertivo al rechazar la petición.
30. Enseñar al cliente la estrategia cognoscitiva de
preguntarse a sí mismo antes de cada compra:
¿Es esta compra absolutamente necesaria?
¿Nos lo podemos permitir? ¿Tenemos el dinero
en efectivo para pagarlo sin incurrir en más
deudas?
31. Urgir al cliente a evitar cualquier compra por
impulso retrasando cada compra hasta 24 h
después de haber tenido la idea inicial y
comprando sólo cosas que consten en una lista
predeterminada.
17. Dar ejemplos de control
satisfactorio del impulso de
gastar en cosas innecesarias.
(32, 33)
32. Reforzar con elogios y ánimos todos los
ejemplos que dé el cliente mostrando que se ha
resistido a las ganas de gastar en exceso.
33. Mantener una sesión de terapia de pareja o
familiar en que se refuerce el control de los
gastos y todos se comprometan a cooperar de
manera continua.

DIAGNÓSTICOS SUGERIDOS

Eje I:	309.0	Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo
	296.4x	Trastorno bipolar I, maníaco
	296.89	Trastorno bipolar II
	296.xx	Trastorno depresivo mayor
Eje II:	301.83	Trastorno límite de la personalidad
	301.7	Trastorno antisocial de la personalidad
	799.9	Diagnóstico aplazado
	V71.09	Sin diagnóstico

ESTRÉS PROFESIONAL

DEFINICIONES CONDUCTUALES

1. Sensaciones de ansiedad y depresión resultantes de un conflicto interpersonal (sensaciones percibidas de incompetencia, miedo y fracaso) debidas a grandes pérdidas en los negocios.
2. Miedo al fracaso resultante de un éxito o de una promoción y que aumenta las expectativas percibidas de lograr un mayor éxito.
3. Rebelión contra las figuras de la autoridad en el contexto laboral y/o conflictos con ellas.
4. Sensación de ansiedad y depresión por haber sido despedido y estar desempleado.
5. Ansiedad relacionada con el miedo percibido o real a perder el empleo.
6. Sensaciones de depresión y ansiedad relacionadas con quejas de insatisfacción laboral o estrés por las responsabilidades laborales.

METAS A LARGO PLAZO

1. Mantener unas relaciones más satisfactorias y más cómodas con los compañeros de trabajo.
2. Sentirse más confiado y más competente con respecto al desempeño de las responsabilidades laborales.
3. Cooperar y aceptar la supervisión de la dirección en el contexto laboral.
4. Mejorar la autoestima y mantener el ánimo arriba a pesar de estar en situación de desempleo.
5. Lograr una evaluación más positiva del propio desempeño por parte de un supervisor mejorando así la seguridad laboral.
6. Buscar la regularidad laboral con una actitud razonablemente esperanzadora y positiva.
7. Mejorar la satisfacción y el desempeño laborales a través de estrategias de reafirmación personal y de manejo del estrés.

OBJETIVOS A CORTO PLAZO

1. Identificar el papel desempeñado por uno mismo en el conflicto con los compañeros de trabajo o con un supervisor. (1, 2)
2. Identificar los problemas personales que puedan estar causando conflictos en el contexto laboral. (3, 4)
3. Repasar los antecedentes de la familia de origen para determinar las raíces del conflicto interpersonal que se está recreando en el contexto laboral. (5)
4. Identificar patrones de conflictos similares con personas fuera del ámbito laboral. (6)

INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS

1. Aclarar la naturaleza de los conflictos del cliente en el contexto laboral.
Ayudar al cliente a identificar su propio papel en el conflicto, intentando representar el punto de vista de la otra parte.
2. Explorar el posible papel del abuso de sustancias en el conflicto profesional del cliente.
3. Explorar por parte del cliente la transferencia de problemas personales a la situación laboral.
4. Explorar los antecedentes de la familia de origen del cliente en busca de causas relacionadas con patrones de conflictos interpersonales actuales.
5. Explorar los patrones de conflictos interpersonales del cliente más allá del contexto laboral pero que se reproducen en el entorno del trabajo.

- En lugar de proyectar en los demás la responsabilidad del conflicto, de los sentimientos o de la conducta, asumir la responsabilidad del comportamiento, de los sentimientos y del propio papel en el conflicto. (7, 8)
5. Identificar y poner en marcha cambios conductuales que se podrían adoptar en las interacciones laborales para resolver los conflictos con los compañeros o supervisores. (9, 10)
6. Poner en práctica técnicas de reafirmación personal que le permitan comunicar más eficazmente sus necesidades y sentimientos sin agresividad ni poniéndose a la defensiva. (11)
7. Verbalizar mensajes cognoscitivos más saludables y realistas que promuevan la armonía con los demás, la propia aceptación y la confianza en sí mismo. (12, 13)
8. Confrontar la proyección de la responsabilidad del comportamiento y sentimientos del cliente en los demás.
7. Reforzar que el cliente asuma la responsabilidad de sus propios sentimientos y actos.
8. Pedir al cliente que escriba un plan de acciones constructivas (por ejemplo, mostrarse educadamente conforme, iniciar el saludo sonriendo, alabar el trabajo de los demás, evitar las valoraciones críticas) que incluya varias alternativas al conflicto con el compañero o el supervisor.
9. Utilizar los juegos de rol, el ensayo conductual y el ensayo de roles para aumentar la probabilidad de contactos positivos por parte del cliente y reducir la ansiedad con respecto a los demás en la situación laboral o en la búsqueda de empleo.
10. Enseñar al cliente técnicas de reafirmación personal o derivarle a cursos de reafirmación personal.
11. Enseñar al cliente a desarrollar mensajes cognoscitivos más realistas y saludables que alivien la ansiedad y la depresión.
12. Pedir al cliente que escriba un diario con los pensamientos contraproducentes (por ejemplo, pensamientos de desesperanza, inutilidad, rechazo, catastrofismo, predicciones negativas sobre el futuro); cuestionar la veracidad de cada pensamiento, y luego sustituir los pensamientos disfuncionales por pensamientos positivos y que
- 13.

- Identificar y sustituir los mensajes cognoscitivos distorsionados asociados con sensaciones de estrés laboral. (14, 15 ,16)
- Identificar el efecto provocado por el estrés profesional en los sentimientos hacia uno mismo y en las relaciones con las personas allegadas. (17, 18)
- Elaborar y verbalizar un plan de acciones constructivas para reducir el estrés profesional. (19)
- Verbalizar que se comprenden las circunstancias que han provocado el cese laboral. (20)
- Poner fin a los comentarios auto-denigrantes basados en el fracaso laboral percibido. (21, 22, 23, 24)
- mejoren la propia imagen.
14. Explorar y clarificar las emociones del cliente en torno a su estrés profesional.
15. Evaluar los mensajes y los esquemas cognoscitivos distorsionados del cliente que fomenten su estrés profesional; sustituir esos mensajes con cogniciones positivas.
16. Confrontar el patrón catastrofista del cliente que provoca una ansiedad paralizante; reemplazar estos mensajes por pensamientos realistas.
17. Explorar el efecto del estrés profesional del cliente en sus dinámicas intra e interpersonales con los amigos y familiares.
18. Facilitar una sesión de terapia familiar en la que se puedan airear y aclarar los sentimientos de los familiares sobre la situación profesional del cliente.
19. Ayudar al cliente a desarrollar un plan para reaccionar positivamente a su situación profesional; analizar el plan proactivo y ayudar a su puesta en práctica.
20. Explorar las causas del cese laboral del cliente que puedan exceder de su control.
21. Explorar los antecedentes infantiles en busca de sentimientos enraizados de incompetencia, miedo al fracaso o miedo al éxito.
22. Reforzar la valoración realista por parte del cliente de los logros y los fracasos laborales. Pedir al cliente que enumere por separado sus rasgos de carácter positivos, sus talentos y logros y luego las personas que se preocupan por él, que le respetan y le valoran. Analizar ambas listas como base de una gratitud y una
- 23.

- autoestima sinceras.
- Enseñar al cliente que el valor primordial de una persona no se mide según sus éxitos materiales o profesionales, sino a través de su servicio a un poder superior y a los demás.
14. Trazar un plan para buscar trabajo. (25, 26, 27)
24. Ayudar al cliente a redactar un plan de trabajo que contenga objetivos concretos alcanzables para encontrar trabajo.
25. Pedir al cliente que busque ofertas laborales en los anuncios de trabajo y que pregunte a amigos y familiares si conocen posibles oportunidades laborales.
26. Pedir al cliente que asista a un curso para saber buscar trabajo o a un seminario para aprender a redactar el currículum vitae.
27. Comentar cómo ha ido la búsqueda de empleo y compartir las sensaciones en torno a estas experiencias. (28)
28. Seguir, animar y analizar la búsqueda de empleo por parte del cliente.

DIAGNÓSTICOS SUGERIDOS

Eje I:	309.00	Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo
	300.4	Trastorno distímico
	296.xx	Trastorno depresivo mayor
	V62.2	Problema laboral
	309.24	Trastorno adaptativo con ansiedad
	303.90	Dependencia del alcohol
	304.20	Dependencia de cocaína
	304.80	Dependencia de varias sustancias
Eje II:	301.0	Trastorno paranoide de la personalidad
	301.81	Trastorno narcisista de la personalidad
	301.7	Trastorno antisocial de la personalidad
	301.9	Trastorno de la personalidad no especificado

FOBIA

DEFINICIONES CONDUCTUALES

1. Describe un miedo persistente e irrazonable a un objeto o situación concreta que promueve conductas de evitación porque un encuentro con el estímulo fóbico provoca una respuestas de ansiedad inmediata.
2. Evita el estímulo fóbico o el entorno temido o lo aguanta con aflicción, lo cual resulta en una interferencia en las rutinas normales.
3. Reconoce que el miedo persiste a pesar de ser consciente de que es un miedo irrazonable.
4. No presenta ninguna evidencia de trastorno de angustia.

METAS A LARGO PLAZO

1. Reducir el miedo al objeto o a la situación de estímulo específico que anteriormente provocaba la ansiedad fóbica.
2. Reducir la evitación fóbica del objeto o situación específica, con la consiguiente comodidad e independencia a la hora de desenvolverse en un entorno público.
3. Eliminar la interferencia con las rutinas normales y hacer desaparecer la aflicción ante el objeto o la situación temida.

OBJETIVOS A CORTO PLAZO

Describir el historial y la naturaleza de la(s)

1. fobia(s), junto con el impacto sobre el funcionamiento del cliente y sus intentos de superarlas. (1, 2)

2. Realizar pruebas psicológicas para valorar las características de la fobia. (3)

3. Cooperar con un médico para que evalúe la necesidad de tomar medicación psicotrópica. (4, 5)



INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS

1. Explorar e identificar los objetos o situaciones que precipitan el miedo fóbico del cliente.


2. Evaluar el miedo y la evitación del cliente, incluyendo el foco del miedo, los tipos de evitación (por ejemplo, distracción, escapada, dependencia de los demás), el desarrollo y la incapacidad (por ejemplo, *The Anxiety Disorders Interview Schedule for the DSM-IV* de DiNardo, Brown y Barlow).

3. Administrar una prueba de medición (por ejemplo, en *Measures for Specific Phobia* de Antony) para evaluar mejor la profundidad y amplitud de las respuestas fóbicas.

4. Disponer lo necesario para que un médico evalúe la necesidad de recetar psicotrópicos si el cliente lo pide o si es posible que el cliente incumpla la exposición gradual.




4. Verbalizar que se comprende con exactitud la información sobre las fobias y su tratamiento. (6, 7, 8)

5. Hacer un seguimiento del cumplimiento, los efectos secundarios y la efectividad global de la medicación; consultar con el médico prescriptor con regularidad. 

6. Comentar que las fobias son muy habituales, son una expresión natural pero irracional de nuestra respuesta de lucha o de fuga, no son ningún símbolo de debilidad, pero causan una aflicción y una incapacidad innecesarias.

7. Explicar que el miedo fóbico se mantiene por un “ciclo fóbico” de miedo y evitación injustificados que impide tener experiencias positivas y correctivas con el objeto o la situación temidos, y que el tratamiento rompe el ciclo fomentando esas experiencias (ver *Mastery of Your Specific Phobia – Therapist Guide* de Craske, Antony y Barlow; *Specific Phobias* de Bruce y Sanderson).



8. Pedir al cliente que lea capítulos psicoeducativos de libros o manuales de tratamiento sobre fobias específicas (por ejemplo, *Mastery of Your specific Phobia – Client Manual* de Antony, Craske y Barlow; *The Anxiety and Phobia Workbook* de Bourne; *Living with Fear* de Marks). 



5. Verbalizar que se comprenden los componentes cognoscitivos, psicológicos y

9. Explicar que las fobias implican la percepción de amenazas irreales, expresiones corporales de miedo y evitación de aquello que amenaza, lo cual interactúa para mantener el problema (ver *Mastery of Your*

conductuales de la ansiedad y su tratamiento. (9, 10)

Specific Phobia – Therapist Guide de Craske, Antony y Barlow; *Specific Phobias* de Bruce y Sanderson). ▾

Explicar que la exposición sirve como terreno para desensibilizar el miedo aprendido, reforzar la confianza y sentirse más seguro al construir una nueva historia de

10. experiencias satisfactorias (ver *Mastery of Your Specific Phobia – Therapist Guide* de Craske, Antony y Barlow; *Specific Phobias* de Bruce y Sanderson).



Enseñar al cliente técnicas de manejo de la ansiedad (por ejemplo, permanecer centrado en objetivos conductuales, relajación muscular, respiración

11. diafragmática a ritmo constante, reflexiones positivas) para resolver los síntomas de ansiedad que pueden aparecer durante los encuentros con los objetos o situaciones fóbicas. ▾

Mandar un ejercicio al cliente en el que practique a diario las técnicas de relajación; repasar y reforzar los logros, aportar comentarios correctivos a los fracasos. ▾

- 12.

Utilizar técnicas de biofeedback para facilitar un mejor aprendizaje de las técnicas de relajación por parte del cliente. ▾

- 13.

Enseñar al cliente la tensión aplicada, en la que se tensan los músculos del cuello y de los músculos del torso superior para restringir la salida de sangre del

6. Aprender y poner en práctica técnicas de relajación para reducir y manejar los síntomas de la ansiedad que pueden aparecer durante los encuentros con los objetos o las situaciones fóbicas. (11, 12, 13)





7. Aprender y poner en práctica las técnicas de tensión aplicada. (14, 15)

14. cerebro y evitar desmayarse durante los encuentros con los objetos o las situaciones fóbicas relacionadas con la sangre, las inyecciones o las heridas (ver “*Applied tensión, exposure in vivo, and tension-only in the treatment of blood phobia*” en *Behavior Research and Therapy* de Ost, Fellenius y Sterner).

- Mandar al cliente un ejercicio en el que practique a diario la técnica de tensión aplicada; repasar y reforzar los logros, aportando comentarios para corregir los fracasos.
- 15.

- Explorar los esquemas y las reflexiones del cliente que median en su respuesta de miedo; cuestionar los sesgos; ayudarle a sustituir los mensajes distorsionados con reflexiones positivas y basadas en la realidad.
- 16.

- Mandar al cliente un ejercicio en el que identifique sus reflexiones temerosas y cree alternativas basadas en la realidad (o mandar el ejercicio “*Journal and Replace Self-Defeating Thoughts*” en *Adult Psychotherapy Homework Planner*, 2ª edición, de Jongsma); repasar y reforzar los logros, aportando comentarios para corregir los fracasos.
- 17.

- Utilizar técnicas conductuales (por ejemplo, modelización, comentarios correctivos, ensayo mental, refuerzo social) para que el cliente aprenda a generar reflexiones positivas que le
- 18.




8. Identificar, cuestionar y reemplazar las reflexiones sesgadas y temerosas con reflexiones positivas, realistas y capacitadoras. (16, 17, 18)





9. Realizar exposiciones repetidas a los objetos o situaciones fóbicas temidas o evitadas. (19, 20, 21)





10. Poner en práctica estrategias de prevención de las recaídas para manejar los posibles síntomas de ansiedad futuros. (22, 23, 24, 25)


preparen para soportar los síntomas de la ansiedad sin sufrir consecuencias graves. 

19. Orientar y ayudar al cliente a jerarquizar las situaciones que producen ansiedad asociadas con la respuesta fóbica. 

20. Seleccionar unas exposiciones iniciales que tengan muchas posibilidades de constituir una experiencia satisfactoria para el cliente; elaborar un plan para manejar los síntomas y ensayar el plan. 

21. Mandar un ejercicio al cliente en el que realice exposiciones situacionales y anote sus respuestas (ver “*Gradually Reducing Your Phobic Fear*” en *Adult Psychotherapy Homework Planner*, 2ª edición, de Jongsma; *Mastery of Your Specific Phobia – Client Manual* de Antony, Craske y Barlow, *Living with Fear* de Marks); repasar y reforzar los logros o aportar comentarios correctivos para la mejora. 

22. Hablar con el cliente sobre la diferencia entre un lapsus y una recaída, asociando el lapsus con un retorno temporal y reversible de los síntomas, el miedo o las ganas de evitar y la recaída con la decisión de retomar los patrones de miedo y evitación. 

23. Identificar y ensayar con el cliente el manejo de futuras situaciones o circunstancias en las que se pueden producir lapsus. 

11. Verbalizar los costes y beneficios de permanecer con el miedo y la evitación. (26)
12. Verbalizar las realidades distintas del objeto o situación irracionalmente temidos y la experiencia emocionalmente dolorosa del pasado evocada por el estímulo fóbico. (27, 28)
13. Comprometerse a no permitir que el miedo fóbico tome el control de su vida y provoque una evitación sistemática de las responsabilidades y las actividades normales. (29, 30)
24. Pedir al cliente que utilice rutinariamente las estrategias aprendidas en la terapia (por ejemplo, reestructuración cognoscitiva, exposición), y que las incorpore al máximo en su vida. ▾
25. Elaborar una tarjeta recordatorio con las estrategias de manejo y otra información importante (por ejemplo, “Estás seguro”, “Respira rítmicamente”, “Céntrate en la tarea entre manos”, “Puedes manejarlo”, “Permanece dentro de la situación” y “Deja pasar la ansiedad”) escritas para su uso posterior por parte del cliente. ▾
26. Explorar la presencia de un beneficio secundario que refuerce las acciones fóbicas mediante mecanismos de fuga o evitación.
27. Clarificar y diferenciar entre el miedo irracional actual del cliente y el dolor emocional pasado.
28. Animar al cliente a compartir los sentimientos asociados con los traumas del pasado mediante una escucha activa, una mirada positiva y la formulación de preguntas.
29. Animar al cliente a seguir con las actividades laborales, familiares y sociales en lugar de escapar o evitarlas.
30. Pedir al cliente que enumere en una lista de qué formas su vida sería más satisfactoria si manejara sus síntomas de pánico y siguiera con sus responsabilidades normales.

Volver para una sesión de


14. seguimiento para
comprobar la evolución,
reforzar los beneficios y
superar las barreras. (31)

31. Programar una “sesión de
refuerzo” al cabo de 1 a 3 meses
después de la finalización de la
terapia.

DIAGNÓSTICOS SUGERIDOS

Eje I: 300.29 Fobia específica

Nota

 indica que los objetivos / intervenciones seleccionados coinciden con los de los tratamientos basados en la evidencia.

IDEACIÓN PARANOIDE

DEFINICIONES CONDUCTUALES

1. Desconfianza extrema o sistemática hacia los demás en general o hacia alguien en particular, sin base suficiente.
2. Sensación de que los demás le explotarán o le harán daño.
3. Mala interpretación de eventos benignos dándoles un significado personal amenazante.
4. Hipersensibilidad ante lo que cree que son críticas personales por parte de los demás.
5. Inclinação a mantenerse distanciado de los demás por miedo a ser lastimado o a que se aprovechen de él.
6. Tendencia a ofenderse fácilmente y a enfadarse rápidamente; está habitualmente a la defensiva.
7. Patrón de sospechas de la lealtad o fidelidad del cónyuge o de la pareja sin ninguna razón.
8. Nivel de desconfianza obsesivo, hasta el punto de alterar su funcionamiento diario.

METAS A LARGO PLAZO

1. Mostrar una mayor confianza en los demás hablando positivamente de ellos y afirmar sentirse cómodo en sociedad.
2. Interactuar con los demás sin estar a la defensiva ni enfadado.
3. Verbalizar que confía en su pareja y poner fin a las acusaciones de infidelidad.
4. Afiramar que vigila menos y sospecha menos de los demás y que interactúa de manera más relajada, confiada y abierta.
5. Centrarse en las cosas importantes sin que interfieran las sospechas obsesivas.
6. Funcionar con normalidad en el trabajo, en las actividades sociales y en la comunidad con una interferencia mínima de la desconfianza obsesiva.

OBJETIVOS A CORTO PLAZO

1. Mostrar que confía en el terapeuta desvelándole sus sentimientos y sus creencias.
(1, 2)

INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS

1. Reforzar activamente el nivel de confianza con el cliente mediante un contacto visual sistemático, una escucha activa, una mirada positiva incondicional y una aceptación cálida para ayudarle a mejorar su capacidad de identificar y

- expresar sentimientos.
- Mostrar un comportamiento tranquilo y tolerante
2. en las sesiones para reducir el miedo del cliente hacia los demás.
- Identificar a las personas o a las administraciones en las que se desconfía y el porqué. (3, 4)
3. Explorar la naturaleza y el alcance de la paranoia del cliente, buscando la presencia de componentes delirantes.
- Identificar los sentimientos de vulnerabilidad. (5, 6, 7)
4. Explorar la base de los miedos del cliente; evaluar su grado de irracionalidad y su capacidad de reconocer que está pensando irracionalmente.
 5. Explorar los miedos del cliente de incompetencia personal y vulnerabilidad.
 6. Interpretar los miedos del cliente hacia su propia ira como base de su desconfianza hacia los demás.
 7. Explorar las fuentes históricas de los sentimientos de vulnerabilidad del cliente en las experiencias vividas con su familia de origen.
- Identificar la creencia principal de que no se puede confiar en los demás y de que los demás son maliciosos y sustituirla. (4, 8)
4. Explorar la base de los miedos del cliente; evaluar su grado de irracionalidad y su capacidad de reconocer que está pensando irracionalmente.
 8. Repasar las interacciones sociales del cliente y explorar las creencias cognoscitivas distorsionadas operativas durante las interacciones; reemplazar esas creencias centrales distorsionadas que desencadenan los sentimientos paranoides.
- Realizar una evaluación psiquiátrica y tomar la medicación psicotrópica recetada. (9, 10, 11)
9. Valorar la necesidad de tomar medicación antipsicótica para contrarrestar los procesos mentales alterados del cliente (ver el capítulo sobre Psicoticismo en este mismo libro).
 10. Disponer lo necesario para que el cliente sea evaluado por un médico para que le recete medicación psicotrópica.
 11. Hacer un seguimiento del cumplimiento, efectividad y efectos secundarios de la medicación psicotrópica recetada al cliente; informar al médico prescriptor y confrontar al

- Realizar una evaluación psicológica para evaluar la profundidad de la paranoia. (12)
6. Realizar una revisión neuropsicológica para descartar la posibilidad de una etiología orgánica. (13)
7. Reconocer que la creencia de que los demás le amenazan se basa más en una interpretación subjetiva que en datos objetivos. (4, 8, 14, 15)
8. Verbalizar que se confía en la pareja y sentirse relajado cuando no está en su presencia. (16, 17)
9. Aumentar la interacción social sin sentir miedo ni sospechar de los demás. (18, 19)
- cliente si no se está tomando la medicación como se le ha prescrito.
12. Disponer lo necesario para una evaluación psicológica para evaluar el posible proceso psicótico del cliente; comentar los resultados.
13. Derivar al cliente o realizarle una revisión neuropsicológica; si aparecen factores orgánicos, derivarle a la consulta de un neurólogo.
4. Explorar la base de los miedos del cliente; evaluar su grado de irracionalidad y su capacidad de reconocer que está pensando irracionalmente.
8. Repasar las interacciones sociales del cliente y explorar las creencias cognoscitivas distorsionadas operativas durante las interacciones; reemplazar esas creencias centrales distorsionadas que desencadenan las sensaciones paranoides.
14. Ayudar al cliente a ver la relación entre el patrón de desconfiar en los demás y sus propios miedos a ser inadecuado.
15. Pedir al cliente que realice un análisis de los costes y beneficios (ver *The Feeling Good Handbook* de Burns) de sus miedos específicos; analizar el ejercicio.
16. Realizar sesiones conjuntas para evaluar y reforzar las verbalizaciones de confianza del cliente hacia su pareja.
17. Ofrecer explicaciones alternativas de la conducta de la pareja que rebatan la asunción por parte del cliente de que el otro actúa con mala intención.
18. Animar al cliente a verificar sus creencias sobre los demás comprobando asertivamente sus conclusiones con los demás.
- Utilizar los juegos de rol, los ensayos

conductuales y la inversión de roles para que el
19. cliente sienta más empatía hacia los demás y
comprenda mejor el impacto que tiene en los
demás su comportamiento de desconfianza y
defensivo.

DIAGNÓSTICOS SUGERIDOS

Eje I:	300.23	Fobia social
	310.1	Cambio de personalidad debido a trastorno del Eje III
	295.30	Esquizofrenia tipo paranoide
	297.1	Trastorno delirante
Eje II:	301.0	Trastorno paranoide de la personalidad
	301.22	Trastorno esquizotípico de la personalidad

IDEACIÓN SUICIDA

DEFINICIONES CONDUCTUALES

1. Pensamientos recurrentes o preocupación sobre la muerte.
2. Ideación suicida recurrente o actual sin planes concretos.
3. Ideación suicida en curso con un plan concreto.
4. Intento de suicidio reciente.
5. Historial de intentos de suicidio que requirieron la intervención de algún profesional o de la familia / amigos en alguna medida (por ejemplo, ingreso hospitalario, alojamiento en un hogar seguro, consulta médica, supervisión).
6. Historial familiar positivo de depresión y/o preocupación con pensamientos suicidas.
7. Actitud pesimista y desesperada hacia la vida unida a recientes acontecimientos vitales que la refuerzan (por ejemplo, divorcio, fallecimiento de un amigo o familiar, pérdida del empleo).
8. Retraimiento social, aletargamiento y apatía unidos a expresiones de deseos de morir.
9. Cambio repentino de estar deprimido a estar animado y en paz, junto con acciones que indican que el cliente está “dejando la casa en orden” sin que las cuestiones conflictivas se hayan resuelto.
10. Tiene una conducta autodestructiva o peligrosa (por ejemplo, abuso crónico de drogas o alcohol; promiscuidad, sexo desprotegido; conducción temeraria) con la que parece tentar a la muerte.

METAS A LARGO PLAZO

1. Calmar los impulsos o la ideación suicidas y volver al nivel de funcionamiento diario anterior.
2. Estabilizar la crisis suicida.
3. Ingresarle en un centro de nivel adecuado para tratar de manera segura la crisis suicida.
4. Recuperar la esperanza con respecto a sí mismo y al futuro.
5. Abandonar el estilo de vida arriesgado y resolver los conflictos emocionales subyacentes al patrón suicida.

OBJETIVOS A CORTO PLAZO

Establecer la intensidad de los

INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS

Evaluar la ideación suicida del cliente, teniendo

1. sentimientos suicidas, la frecuencia de los pensamientos y el detalle de los planes suicidas. (1, 2, 3, 4)

2. Verbalizar la promesa de ponerse en contacto con el terapeuta o alguna línea telefónica de ayuda urgente en cuanto surjan las ganas de autolesionarse. (5, 6, 7, 8)

3. Que el cliente o sus personas allegadas refuercen la seguridad en el hogar alejando de su alcance las armas de fuego u otras armas letales. (3, 9)

1. Evaluar la ideación suicida del cliente, teniendo en cuenta el alcance de su ideación, la presencia de un plan primario y de apoyo, los intentos anteriores y el historial familiar.

2. Evaluar y hacer un seguimiento del potencial suicida del cliente de forma continuada.

3. Informar a los familiares y personas allegadas del cliente de su ideación suicida; pedirles que le vigilen las 24 horas del día hasta que remita la crisis.

4. Disponer lo necesario para que el cliente realice el *Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI)*, *Beck Depression Inventory (BDI)* o *Modified Scale for Suicide Ideation (MSSI)*; evaluar el grado de depresión y el riesgo de suicidio del cliente a partir de los resultados.

5. Obtener del cliente la promesa de contactar con el terapeuta o con una línea telefónica de asistencia si las ganas de suicidarse se intensifican y antes de cualquier comportamiento autolesivo.

6. Facilitar al cliente el número de teléfono de algún servicio de asistencia disponible las 24 horas del día.

7. Establecer un contrato con el cliente en el que identifique lo que hará y no hará cuando experimente pensamientos o impulsos suicidas.

8. Ofrecerse disponible para el cliente mediante contacto telefónico si le asaltan ganas de poner fin a su vida.

3. Informar a los familiares y personas allegadas del cliente de su ideación suicida; pedirles que le vigilen las 24 horas del día hasta que remita la crisis.

9. Pedir a las personas allegadas que retiren las armas de fuego u otras armas letales del alcance del cliente.

4. Informar de los impulsos suicidas a la persona allegada designada o a un profesional que le asista. (3, 5, 10)
5. Cooperar con la hospitalización si el deseo suicida se vuelve incontrolable. (4, 11)
6. Identificar los factores vitales que han precedido a la ideación suicida. (12, 13, 14)
7. Mejorar la comunicación con las personas queridas, para sentir su comprensión, empatía y atención. (15, 16, 17)
8. Que las personas allegadas verbalicen que comprenden los sentimientos de enajenación y desesperación del cliente. (16,
3. Informar a los familiares y personas allegadas del cliente de su ideación suicida; pedirles que le vigilen durante 24 horas hasta que remita la crisis.
Obtener del cliente la promesa de contactar con el terapeuta o con una línea telefónica de asistencia si las ganas de suicidarse se intensifican y antes de cualquier comportamiento autolesivo.
5. Animar al cliente a ser abierto y sincero con respecto a sus deseos suicidas, asegurándole con regularidad que el terapeuta y sus personas allegadas se preocupan por él.
Disponer lo necesario para que el cliente realice el *Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI)*, *Beck Depression Inventory (BDI)* o *Modified Scale for Suicide Ideation (MSSI)*; evaluar el grado de depresión y el riesgo de suicidio del cliente a partir de los resultados.
4. Organizar la hospitalización del cliente cuando se considere que constituye un peligro incontrolable para sí mismo.
11. Explorar las fuentes de dolor emocional y desesperanza del cliente.
Animar al cliente a expresar sus sentimientos en torno a su ideación suicida para clarificarlos y comprender mejor sus causas.
13. Ayudar al cliente a ser consciente de los factores de su vida que han sido precursores significativos en el inicio de su ideación suicida.
14. Explorar los sentimientos de desesperación del cliente con respecto a las relaciones con su familia.
15. Mantener sesiones de terapia familiar para promover la expresión de los sentimientos de tristeza, dolor e ira del cliente.
- 16.

- 17)
- Reunirse con las personas allegadas para saber
17. cuáles son, según ellas, las causas de la aflicción del cliente.
- Mantener sesiones de terapia familiar para
16. promover la expresión de los sentimientos de tristeza, dolor e ira del cliente.
- Reunirse con las personas allegadas para saber
17. cuáles son, según ellas, las causas de la aflicción del cliente.
9. Cooperar con la derivación a un médico que evalúe la necesidad de recetar medicación antidepresiva. (18)
18. Valorar la necesidad del cliente de tomar antidepresivos y disponer lo necesario para que se los receten, si procede.
10. Tomar la medicación según se ha recetado e informar de todos los efectos secundarios (19).
19. Hacer un seguimiento de la efectividad y el cumplimiento de la medicación psicotrópica recetada al cliente; contactar con el médico prescriptor con regularidad.
11. Identificar el fracaso de los intentos anteriores de resolver los problemas interpersonales, provocando sentimientos de soledad y rechazo abyectos. (14, 20, 21)
14. Ayudar al cliente a ser consciente de los factores de su vida que han sido precursores significativos en el inicio de su ideación suicida.
20. Animar al cliente a compartir sus sentimientos de duelo relacionados con el punto final de alguna relación íntima.
21. Repasar con el cliente sus intentos previos de resolver los problemas y hablar de las nuevas alternativas que tiene a su alcance.
12. Restablecer un patrón de alimentación y de sueño constante. (22)
22. Favorecer unos patrones de alimentación y sueño normales por parte del cliente y hacer un seguimiento de su cumplimiento.
13. Dejar de hablar de que siente el impulso de acabar con su vida y demostrar sentirse más esperanzado consigo mismo. (2, 23, 24)
2. Evaluar y hacer un seguimiento del potencial suicida del cliente de forma continuada.
- Ayudar al cliente a desarrollar estrategias para hacer frente a la ideación suicida (por ejemplo,

- Identificar los aspectos,
14. relaciones y logros positivos de su vida. (24, 25)
23. hacer frente a la ideación suicida (por ejemplo, más ejercicio físico, menos atención hacia su interior, mayor implicación social, mayor expresión de los sentimientos).
24. Ayudar al cliente a encontrar cosas positivas y esperanzadoras en su vida actual.
24. Ayudar al cliente a encontrar cosas positivas y esperanzadoras en su vida actual.
25. Repasar con el cliente los logros que ha realizado y las fuentes de amor y de apoyo que existen en su vida; pedirle que escriba una lista con los aspectos positivos de su vida.
- Identificar y sustituir los patrones de pensamiento
15. negativos que median en sus sentimientos de desesperación e impotencia. (26, 27, 28, 29)
26. Ayudar al cliente a ser más consciente de los mensajes cognoscitivos que refuerzan la desesperación y la impotencia.
- Identificar y confrontar las tendencias catastrofistas en el procesamiento cognoscitivo
27. del cliente, permitiéndole adoptar un punto de vista más realista sobre la esperanza ante el dolor.
28. Enseñar al cliente a revisar sus esquemas centrales mediante técnicas de reestructuración cognoscitivas.
29. Pedir al cliente que anote a diario los pensamientos contraproducentes (pensamientos de desesperanza, impotencia, inutilidad, catastrofistas, que predicen un futuro negativo, etc.); cuestionar la exactitud de cada pensamiento y luego sustituir cada pensamiento disfuncional por otro positivo y que mejore la imagen de sí mismo.
- Desarrollar y poner en práctica un ritual de penitencia en el que exprese el luto por las víctimas
16. y se absuelva a sí mismo de la culpa de haber sobrevivido a un accidente que ha sido mortal
30. Elaborar un ritual de penitencia para el cliente cuya ideación suicida esté relacionada con el hecho de haber sobrevivido y ponerlo en práctica con él.

17. Verbalizar la sensación de apoyo procedente de la fe espiritual. (31, 32)

31. Explorar el sistema de creencias espirituales del cliente para que sea fuente de aceptación y de paz para él.

32. Disponer lo necesario para que el líder espiritual del cliente se reúna con él y le muestre su apoyo.

DIAGNÓSTICOS SUGERIDOS

Eje I:	296.xx	Trastorno bipolar I
	300.4	Trastorno distímico
	296.2x	Trastorno depresivo mayor, episodio único
	296.3x	Trastorno depresivo mayor, recidivante
	296.89	Trastorno bipolar II
Eje II:	301.83	Trastorno límite de la personalidad

IDENTIDAD SEXUAL CONFUSA – ADULTOS

DEFINICIONES CONDUCTUALES

1. Incertidumbre sobre la orientación sexual básica.
2. Dificultad en disfrutar de las actividades sexuales con una pareja del sexo opuesto debido a la poca excitación.
3. Fantasías y deseos sexuales con parejas del mismo sexo, que causan angustia.
4. Actividad sexual con una persona del mismo sexo que ha causado confusión, culpa y ansiedad.
5. Estado de ánimo depresivo, menor interés en las actividades.
6. Conflictos conyugales debido a la incertidumbre sobre la orientación sexual.
7. Sentimientos de culpa, vergüenza y/o inutilidad.
8. Ocultación de la identidad sexual a las personas allegadas (por ejemplo, amigos, familia, cónyuge).

METAS A LARGO PLAZO

1. Identificar la identidad sexual propia e iniciar un amplio espectro de relaciones que apoyen esa identidad.
2. Reducir la frecuencia y la intensidad globales de la ansiedad asociada con la identidad sexual para que el funcionamiento diario no se vea alterado.
3. Revelar la orientación sexual a las personas allegadas.
4. Volver al nivel anterior de funcionamiento emocional, psicológico y social

OBJETIVOS A CORTO PLAZO

1. Describir el miedo, la ansiedad y la angustia en torno a la confusión sobre la identidad sexual. (1)
2. Identificar las experiencias sexuales que han sido fuente de excitación, satisfacción y gratificación emocional. (2, 3,

INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS

1. Reforzar activamente la confianza con el cliente y animarle a expresar el miedo, la ansiedad y la angustia en torno a la confusión en su identidad sexual.
2. Evaluar el funcionamiento sexual actual del cliente preguntándole por sus experiencias, fantasías y pensamientos sexuales anteriores.

4, 5)

3. Ayudar al cliente a identificar las experiencias sexuales que han sido fuente de excitación, satisfacción y gratificación emocional.
Ayudar al cliente a ser más consciente de sus atracciones y conflictos sexuales, pedirle que escriba un diario en el que describa los pensamientos, fantasías y conflictos sexuales que tengan lugar a lo largo de la semana.
4. Pedir al cliente que puntúe su atracción hacia los hombres y hacia las mujeres en una escala del 1 al 10 (donde 10 significa sumamente atraído y 1 nada atraído).
3. Verbalizar que se comprende cómo los factores identitarios culturales, raciales y/o étnicos contribuyen a la confusión sobre la identidad sexual. (6)
4. Escribir una biografía “futura”, detallando por un lado cómo sería la vida como heterosexual y luego como homosexual, para ayudar a identificar su orientación primaria. (7)
5. Verbalizar que se comprende todo el abanico de identidades sexuales posible. (8, 9)
6. Explorar con el cliente cómo contribuyen los factores culturales, raciales y/o étnicos a la confusión sobre la conducta y/o la identidad homosexual.
7. Pedir al cliente que escriba una biografía “futura” en la que describa su vida en los próximos 20 años, en un caso como heterosexual y en el otro como homosexual; leerla y analizarla en la sesión (por ejemplo, preguntarle en qué vida se sentía más satisfecho, en qué vida se sentía más arrepentido).
8. Informar al cliente sobre el abanico de identidades sexuales posibles (es decir, heterosexual, homosexual, bisexual).
9. Pedir al cliente que lea *The Invention of Heterosexuality* (Katz); analizar los pensamientos y los sentimientos del cliente sobre su contenido.
6. Identificar las emociones negativas experimentadas al ocultar la sexualidad. (10, 11)
10. Explorar las emociones negativas del cliente (por ejemplo, vergüenza, culpa, ansiedad, soledad) relacionadas con el ocultamiento / negación de su sexualidad.
11. Explorar las convicciones religiosas del cliente y cómo éstas pueden entrar en conflicto con el hecho de identificarse como homosexual y causar sentimientos de vergüenza o culpa (ver el

- capítulo sobre Confusión espiritual en este mismo libro).
7. Verbalizar que se conocen las medidas que hay que adoptar para un sexo más seguro. (12)
 8. Verbalizar una mayor comprensión de la homosexualidad. (8, 13, 14)
 9. Enumerar las ventajas e inconvenientes de revelar la orientación sexual a las personas importantes de su vida. (15)
 10. Mirar películas o vídeos que representen a mujeres lesbianas y a hombres gays con un enfoque positivo. (16)
 11. Participar en un grupo de apoyo para personas que quieren revelar su homosexualidad. (17)
 12. Identificar a personas gays o lesbianas para salir con ellas u obtener su apoyo. (18, 19, 20)
 12. Dar detalles al cliente sobre las directrices para un sexo más seguro y animarle a incluirlas todas en su actividad sexual futura.
 8. Informar al cliente sobre el abanico de identidades sexuales posibles (es decir, heterosexual, homosexual, bisexual).
 13. Mandar un ejercicio al cliente en el que identifique 10 mitos sobre los homosexuales, ayudarle a reemplazarlos con creencias más realistas y positivas.
 14. Pedir al cliente que lea libros que proporcionen mensajes precisos y positivos sobre la homosexualidad (por ejemplo, *Is it a Choice?* De Marcus; *Outing Yourself: An Act of Love* de Eichberg).
 15. Pedir al cliente que enumere las ventajas e inconvenientes de revelar su orientación sexual a las personas importantes de su vida; analizar el contenido de la lista.
 16. Pedir al cliente que mire películas o vídeos que muestren a lesbianas o gays como personas saludables y felices (por ejemplo, *Desert Hearts*; *In and Out*; *Jeffrey*; *When Night is Falling*); analizar sus reacciones ante las películas.
 17. Derivar al cliente a un grupo de apoyo para personas que quieren salir del armario (por ejemplo, en las asociaciones de gays y lesbianas o en proyectos relacionados con la lucha contra el Sida).
 18. Pedir al cliente que lea revistas y periódicos para gays y lesbianas (por ejemplo, *The Advocate*).
 19. Animar al cliente a reunir información y apoyo de Internet (por ejemplo, tablón de anuncios de salidas del armario de AOL, sitios web de organizaciones de gays y lesbianas).

13. Redactar un plan detallando cuándo, dónde, cómo y a quién revelar la orientación sexual. (21, 22)
20. Animar al cliente a identificar a gays o lesbianas para interactuar con ellos repasando a la gente que ha conocido en los grupos de apoyo, en el trabajo, etcétera, y animarle a iniciar actividades sociales.
21. Que el cliente represente en forma de juego de rol la revelación de su orientación sexual a personas allegadas (por ejemplo, familia, amigos, compañeros de trabajo; ver el capítulo sobre Conflictos familiares en este mismo libro).
22. Mandar un ejercicio al cliente en el que escriba un plan detallado para revelar su orientación sexual, incluyendo a quién se la revelará, dónde, cuándo y las posibles preguntas y reacciones de los receptores.
14. Identificar a un amigo que probablemente tenga una reacción positiva ante la revelación de la homosexualidad. (23, 24)
23. Animar al cliente a identificar a un amigo que acepte con toda probabilidad su homosexualidad.
24. Sugerir al cliente que mantenga conversaciones informales con un amigo sobre los derechos de los gays y lesbianas, o que comente con él algún recorte de la prensa relacionado con los homosexuales para “tantear el terreno” antes de revelar su orientación sexual a ese amigo.
15. Revelar la orientación sexual a las personas allegadas según el plan elaborado. (25, 26)
25. Animar al cliente a revelar su orientación sexual a amigos / familiares según el plan redactado.
26. Sondar al cliente sobre las reacciones de las personas allegadas ante la revelación de su homosexualidad (por ejemplo, aceptación, rechazo, shock); darle ánimos y comentarios positivos.

DIAGNÓSTICOS SUGERIDOS

Eje I:	309.0	Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo
	309.28	Trastorno adaptativo mixto, con ansiedad y estado de ánimo depresivo

300.00	Trastorno de ansiedad no especificado
309.24	Trastorno adaptativo con ansiedad
300.4	Trastorno distímico
302.85	Trastorno de la identidad sexual en adolescentes o adultos
300.02	Trastorno de ansiedad generalizada
313.82	Problema de identidad
296.2x	Trastorno depresivo mayor, episodio único
296.3x	Trastorno depresivo mayor, recidivante
302.9	Trastorno sexual no especificado

Eje II:

301.82	Trastorno de la personalidad por evitación
301.83	Trastorno límite de la personalidad
301.81	Trastorno narcisista de la personalidad

Nota

¹La mayoría del contenido de este capítulo (con sólo ligeras revisiones) procede de J. M. Evosevich y M. Avriette, *The Gay and Lesbian Psychotherapy Treatment Planner* (Nueva York: John Wiley & Sons, 2000). Copyright © 2000 de J. M. Evosevich y M. Avriette. Reimpreso con su autorización.

MALESTAR SOCIAL

DEFINICIONES CONDUCTUALES

1. Patrón global de ansiedad social, timidez o apocamiento que se manifiesta en la mayoría de situaciones sociales.
2. Hipersensibilidad ante las críticas o la desaprobación de los demás.
3. Carece de amigos o confidentes fuera de los parientes de primer grado.
4. Evitación de situaciones que requieren cierto grado de contacto interpersonal.
5. Reticencia a participar en situaciones sociales por miedo de decir o hacer el ridículo o de emocionarse ante los demás.
6. Ansiedad debilitante y/o evitación ante las actividades sociales que requieren algún desempeño.
7. Aumento del ritmo cardiaco, transpiración, boca seca, tensión muscular y temblores en situaciones sociales.

METAS A LARGO PLAZO







1. Interactuar socialmente sin excesivo miedo ni ansiedad.
2. Participar en las actividades sociales sin excesivo miedo ni ansiedad.
3. Desarrollar las aptitudes sociales básicas que permitan una buena calidad en las relaciones.
4. Desarrollar la capacidad de establecer relaciones que mejoren el sistema de apoyo.
5. Alcanzar un equilibrio personal entre el tiempo pasado a solas y la interacción interpersonal con los demás.

OBJETIVOS A CORTO PLAZO

1. Describir el historial y la naturaleza de los miedos y la evitación sociales. (1, 2, 3)

INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS

1. Establecer una relación con el cliente para construir una alianza terapéutica.
2. Evaluar la frecuencia, la intensidad, la duración y el historial de síntomas de pánico, miedo y evitación del cliente (por ejemplo, *The Anxiety Disorders*)

- | | | | |
|---|----|--|---|
| | | | <i>Interview Schedule for the DSM-IV</i> de DiNardo, Brown y Barlow). |
| | | | Evaluar la naturaleza de los estímulos, los pensamientos o las situaciones que precipitan el miedo y/o la evitación sociales del cliente. |
| | | | Administrar una prueba de ansiedad social para valorar mejor la profundidad y el alcance de los miedos y la evitación sociales (por ejemplo, <i>The Social Interaction Anxiety Scale</i> and/or <i>Social Phobia Scale</i> de Mattick y Clarke). |
| | 2. | Realizar pruebas psicológicas para evaluar la naturaleza y la gravedad de la ansiedad y la evitación sociales. (4) | 4. |
| | | | Disponer lo necesario para que un médico recete medicación psicotrópica.  |
|  | 3. | Cooperar con un médico que evalúe la necesidad de recetar medicación psicotrópica. (5, 6) | 5. |
| | | | Hacer un seguimiento del cumplimiento, efectos secundarios y efectividad global de la medicación; consultar regularmente con el médico prescriptor.  |
| | | | Apuntar a varios clientes en un grupo pequeño (inscripción cerrada) para tratar la ansiedad social (ver “ <i>Shyness</i> ” en <i>The Group Therapy Treatment Planner</i> , 2ª edición, de Paleg y Jongsma; “ <i>Social Anxiety Disorder</i> ” de Turk, Heimberg y Hope en <i>Clinical Handbook of Psychological Disorders</i> de Barlow [Ed.]).  |
|  | 4. | Participar en una terapia en grupo reducido para la ansiedad social. (7) | 7. |
| | | | Hablar de cómo la ansiedad social deriva de sesgos cognoscitivos que sobrevaloran la evaluación negativa de los demás, subestiman el yo, la angustia y a menudo |
|  | 5. | Verbalizar que se comprende con exactitud el círculo vicioso de ansiedad y evitación | 8. |

social. (8, 9)




6. Verbalizar que se comprenden las razones que justifican el tratamiento del pánico. (10)





7. Aprender y poner en práctica estrategias de relajación y de enfrentamiento para manejar los síntomas de la ansiedad en momentos de ansiedad social. (11)




8. Identificar, cuestionar y reemplazar las reflexiones sesgadas y temerosas con reflexiones positivas basadas en la realidad. (12, 13)

desembocan en una evitación innecesaria. 

- Pedir al cliente que lea capítulos psicoeducativos de libros o manuales de tratamiento sobre ansiedad social que expliquen el ciclo de ansiedad y evitación social y las razones que justifican el tratamiento (por ejemplo, 9. *Overcoming Shyness and Social Phobia* de Rapee; *Overcoming Social Anxiety and Shyness* de Butler; *The Shyness and Social Anxiety Workbook* de Antony y Swinson). 

10. Hablar de cómo la reestructuración cognoscitiva y la exposición sirven como terreno para desensibilizar el miedo aprendido, reforzar las aptitudes sociales y la confianza y cotejar los pensamientos sesgados con la realidad. 

11. Enseñar al cliente técnicas de relación y de focalización de la atención (por ejemplo, mantenerse centrado externamente y en los objetivos conductuales, relajación muscular, respiración diafragmática a ritmo constante, saber manejar la ansiedad) para manejar los síntomas de la ansiedad social. 

12. Explorar los esquemas y las reflexiones del cliente que median en su respuesta de miedo social, cuestionar los sesgos (o mandar el ejercicio “*Journal and Replace Self-Defeating Thoughts*” en *Adult Psychotherapy Homework Planner*, 2ª edición, de Jongsma); ayudarle a generar valoraciones

que corrijan los sesgos y refuerzen la confianza. ▾

Mandar al cliente un ejercicio en el que identifique sus reflexiones temerosas y cree alternativas basadas en la realidad; repasar y reforzar los logros, aportando comentarios correctivos para los fracasos (ver “*Restoring Socialization Comfort*” en *Adult Psychotherapy Homework Planner*, 2ª edición, de Jongsma; *The Shyness and Social Anxiety Workbook* de Antony y Swinson; *Overcoming Shyness and Social Phobia* de Rapee). ▾

- 13.

Realizar una exposición gradual repetida a las situaciones sociales temidas dentro de la terapia. (14, 15)



9.

Orientar y ayudar al cliente a construir una jerarquía de situaciones que producen ansiedad asociadas con la respuesta fóbica. ▾

- 14.

Seleccionar exposiciones iniciales en vivo o representadas mediante un juego de rol que puedan representar una experiencia satisfactoria para el cliente; hacer reestructuración cognoscitiva durante y después de la exposición, utilizar estrategias conductuales (por ejemplo, modelización, ensayo, refuerzo social) para facilitar la exposición (ver “*Social Anxiety Disorder*” de Turk, Heimberg y Hope en *Clinical Handbook of Psychological Disorders* de Barlow [Ed.]). ▾

- 15.

Realizar una exposición repetida a las situaciones sociales temidas en la




10.

Orientar y ayudar al cliente a construir una jerarquía de situaciones que producen ansiedad asociadas con la respuesta fóbica.


- 14.




Seleccionar exposiciones iniciales en vivo o representadas mediante un juego de rol que puedan representar una experiencia satisfactoria para el cliente; hacer reestructuración cognoscitiva durante y después de la exposición, utilizar estrategias

15. conductuales (por ejemplo, modelización, ensayo, refuerzo social) para facilitar la exposición (ver “*Social Anxiety Disorder*” de Turk, Heimberg y Hope en *Clinical Handbook of Psychological Disorders* de Barlow [Ed.]). 

Pedir al cliente que realice un ejercicio de exposición y anote sus respuestas (o mandar “*Gradually Reducing Your Fobic Fear*” en *Adult Psychotherapy Homework Planner*, 2ª edición, de Jongsma;

16. ver también *The Shyness and Social Anxiety Workbook* de Antony y Swinson; *Overcoming Shyness and Social Phobia* de Rapee); repasar y reforzar los logros, aportando comentarios correctivos para la mejora. 

Utilizar la instrucción, la modelización y los juegos de rol para reforzar las aptitudes sociales

17. generales y/o comunicativas del cliente (ver *Social Effectiveness Therapy* de Turner, Beidel y Cooley). 

Pedir al cliente que lea sobre aptitudes sociales generales y/o comunicativas en libros o manuales de tratamiento para



11. Aprender y poner en práctica las aptitudes sociales para reducir la ansiedad y reforzar la confianza en las interacciones sociales. (17, 18)



12. Poner en práctica estrategias de prevención de las recaídas para manejar posibles futuros síntomas de ansiedad. (19, 20, 21, 22)

13. Explorar las experiencias pasadas que actualmente puedan ser fuente de baja autoestima y de ansiedad social. (23, 24)

18. manuales de tratamiento para reforzar las aptitudes sociales (por ejemplo, *Your Perfect Right* de Alberti y Emmons; *Con conversationally Speaking* de Garner).

- Hablar con el cliente de la diferencia entre un lapsus y una recaída, asociando el lapsus con una vuelta inicial y reversible a los síntomas, miedo o ganas de evitar y la recaída con la decisión de retomar los patrones de miedo y evitación.
- 19.

- Identificar y ensayar con el cliente el manejo de futuras situaciones o circunstancias en las que se puedan producir lapsus.
- 20.

- Enseñar al cliente a usar rutinariamente las estrategias aprendidas en la terapia (por ejemplo, uso de la reestructuración cognoscitiva, de las aptitudes sociales y la exposición) reforzando al mismo tiempo las interacciones y las relaciones sociales.
- 21.

- Elaborar una tarjeta recordatorio con las estrategias de manejo y otra información importante escrita (por ejemplo “Respira más lentamente”, “Céntrate en la tarea que tienes entre manos”, “Puedes manejarlo” y “Se te pasará”) para su uso posterior por parte del cliente.
- 22.


- Explorar las experiencias infantiles de críticas, abandono o abuso que podrían fomentar la baja autoestima y la vergüenza; analizarlas.
- 23.

- | | |
|---|--|
| <p>14. Describir oralmente los mecanismos de defensa utilizados para evitar la cercanía en las relaciones. (25)</p> <p>15. Explorar las creencias y los patrones de comunicación que causan ansiedad y aislamiento. (26, 27)</p> <p>16. Volver para una sesión de seguimiento para comprobar la evolución, reforzar los beneficios y superar las barreras. (28)</p> | <p>24. Pedir al cliente que lea los libros <i>Healing the Shame That Binds You</i> (Bradshaw) y <i>Facing Shame</i> (Fossum y Mason), y analizar las ideas clave.</p> <p>25. Ayudar al cliente a identificar los mecanismos de defensa que mantienen a los demás a distancia y le impiden desarrollar relaciones de confianza; identificar maneras de estar menos a la defensiva.</p> <p>26. Utilizar el enfoque del análisis transaccional (AT) para desvelar e identificar las creencias y los miedos del cliente. Luego, usar el enfoque del AT para modificar las creencias y las acciones.</p> <p>27. Pedir al cliente que lea un libro sobre la mejora de las relaciones sociales mediante el análisis transaccional (por ejemplo, <i>Achieving Emotional Literacy</i> de Steiner).</p> <p>28. Programar una visita de seguimiento o de “refuerzo” al cabo de 1 a 3 meses del fin de la terapia.</p> |
|---|--|

DIAGNÓSTICOS SUGERIDOS

Eje I:	300.23	Fobia social
	300.4	Trastorno distímico
	296.xx	Trastorno depresivo mayor
	300.7	Trastorno dismórfico corporal
Eje II:	301.82	Trastorno de la personalidad por evitación
	301.0	Trastorno paranoide de la personalidad
	301.22	Trastorno esquizotípico de la personalidad

Nota

 indica que los objetivos / intervenciones seleccionados coinciden con los de los tratamientos basados en la evidencia.

MANEJO DE LA IRA

DEFINICIONES CONDUCTUALES

1. Historial de arrebatos explosivos y agresivos desproporcionados que estallan con cualquier factor desencadenante, dando lugar a actos agresivos o de destrucción de la propiedad.
2. Reacción hostil exagerada ante molestias insignificantes.
3. Críticas repentinas y duras realizadas a o sobre otras personas.
4. Lenguaje corporal que sugiere ira, como musculatura tensa (por ejemplo, puño o mandíbulas apretadas), mirada enfurecida o evitación del contacto visual.
5. Uso de patrones pasivos agresivos (por ejemplo, retraimiento social, falta de cumplimiento total o adecuado de las normas o reglas, quejas sobre las figuras de autoridad emitidas a sus espaldas, poca colaboración en el cumplimiento de las normas de conducta esperadas) debido a la ira.
6. Patrón sistemático de actitudes cuestionadoras o irrespetuosas ante figuras de la autoridad.
7. Uso de lenguaje abusivo con el fin de intimidar a los demás.

METAS A LARGO PLAZO

1. Reducir la intensidad general y la frecuencia de los sentimientos de ira, y aumentar la capacidad de reconocer y de expresar de manera adecuada los sentimientos de ira cuando se producen.
2. Concienciar al cliente de las conductas airadas actuales, aclarando el origen de la ira agresiva y sus alternativas.
3. Ser consciente de los sentimientos de ira y aceptarlos desarrollando al mismo tiempo un mejor control y más serenidad.
4. Ser capaz de manejar los sentimientos de ira de maneras constructivas que mejoren el funcionamiento diario.
5. Mostrar respeto hacia los demás y hacia sus sentimientos.

OBJETIVOS A CORTO PLAZO

Identificar las situaciones, los pensamientos y los sentimientos que desencadenan la ira, las acciones verbales y/o conductuales airadas y los objetivos de esas acciones. (1)

1.

Realizar una valoración médica para evaluar posibles factores orgánicos que contribuyan al poco control de la ira. (2)

2.

Evaluar a partir de una valoración médica la posibilidad de realizar un tratamiento con psicótopos para ayudar a controlar la ira y tomar la medicación sistemáticamente, si se receta. (3, 4)

3.

INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS

Evaluar a fondo los diferentes estímulos (por ejemplo, situaciones, personas, pensamientos) que han desencadenado la ira del cliente y los pensamientos, sentimientos y acciones que han caracterizado sus respuestas de ira.

1.

Derivar al cliente a un médico para una revisión física completa para descartar factores orgánicos (por ejemplo, daños cerebrales, tumor, niveles elevados de testosterona) que contribuyan al mal manejo de la ira.

2.

Valorar si el cliente necesita medicación psicotrópica para mejorar el control de la ira; derivarle a un médico que le evalúe y le recete medicación, si procede.

3.








4. Escribir cada día en un diario las personas, situaciones y otros desencadenantes de la ira; anotar los pensamientos, los sentimientos y las acciones realizadas. (5, 6)





5. Verbalizar el mayor conocimiento de los patrones de expresión de la ira, sus posibles orígenes y sus consecuencias. (7, 8, 9, 10)

4. Hacer un seguimiento del cumplimiento del tratamiento por parte del cliente, su eficacia y efectos secundarios; informar al médico prescriptor. 

5. Pedir al cliente que escriba cada día en un diario las personas, situaciones y otros desencadenantes de su ira, irritación o decepción (o mandar completar el “*Anger Journal*” en *Adult Psychotherapy Homework Planner*, 2ª edición, de Jongsma); analizar rutinariamente el diario para que el cliente entienda de qué modo contribuye a generar esa ira. 

6. Ayudar al cliente a redactar una lista de los desencadenantes de la ira; analizar la lista para ayudarle a comprender las causas y el alcance de su ira. 

7. Ayudar al cliente a darse cuenta de que está enfadado revisando los desencadenantes y la frecuencia de los arranques de ira. 

8. Ayudar al cliente a identificar cómo algunas figuras vitales clave (por ejemplo, el padre, la madre, los maestros) han expresado sus sentimientos de ira y cómo esas experiencias han influido positiva o negativamente en su modo de manejar la ira. 


Pedir al cliente que anote en una lista el modo en que la ira ha impactado negativamente en su vida cotidiana (por ejemplo,




6. Estar de acuerdo en aprender formas alternativas de considerar y manejar la ira. (11, 12)




7. Aprender y poner en práctica estrategias de relajación como parte del manejo de las reacciones ante la frustración. (13, 14)

9. haciendo daño a otras personas o a sí mismo, conflictos legales, pérdida del respeto hacia sí mismo y los demás, destrucción de la propiedad); analizar esta lista. 


Hacer que el cliente sea más consciente de los efectos negativos que la ira tiene sobre su

10. salud psíquica (por ejemplo, mayor susceptibilidad a enfermedades, lesiones, dolores de cabeza). 


Ayudar al cliente a visualizar la ira con sus diferentes componentes (cognoscitivo, fisiológico, afectivo y conductual), los cuales siguen

11. unas fases previsibles (por ejemplo, expectativas exigentes que no se cumplen, que hacen que aumente la alerta y la ira que acaban externalizándose), las cuales se pueden manejar. 

Ayudar al cliente a identificar las consecuencias positivas del manejo de la ira (por ejemplo, respeto de los demás y de uno

12. mismo, cooperación de los demás, mejor salud física); pedir al cliente que acepte aprender nuevas formas de visualizar y de manejar la ira. 

Enseñar al cliente técnicas de relajación (por ejemplo, relajación muscular, respiración rítmica, imágenes relajantes) como parte

13. de una estrategia personalizada para responder adecuadamente a los sentimientos de ira cuando aparecen. 

Mandar como tarea poner en práctica las técnicas de relajación




8. Identificar, cuestionar y reemplazar las reflexiones internas que inducen a la ira por unas reflexiones que faciliten una reacción menos airada. (15, 16)





9. Aprender y poner en práctica la capacidad de detener los pensamientos para controlar las ideas intrusivas e indeseadas que desencadenan la ira. (17)




10. Verbalizar los sentimientos de ira de un modo controlado y

14. en su día a día cuando se enfrente a situaciones desencadenantes de la ira; analizar los resultados, reforzar los logros y redirigir los fracasos. 

15. Explorar las reflexiones del cliente que median en sus sentimientos de ira y en sus acciones airadas (por ejemplo, expectativas exigentes reflejadas en frases tipo “debería”, “debe” o “tiene que”); identificar y cuestionar los prejuicios, ayudarle a generar valoraciones y reflexiones que corrijan los prejuicios y faciliten una respuesta más flexible y más mesurada ante la frustración. 

16. Mandar al cliente realizar un ejercicio en el que identifique una reflexión airada y genere alternativas para moderar las reacciones airadas; reconsiderar; reforzar los logros, aportar comentarios correctivos para la mejora. 

17. Mandar al cliente que practique a diario entre las sesiones la técnica para detener los pensamientos (o mandar el ejercicio “*Uso de la técnica para detener los pensamientos*” de *Adult Psychotherapy Homework Planner*, 2ª edición, de Jongsma); repasar su puesta en práctica; reforzar los logros, aportar comentarios correctivos para la mejora. 

18. Enseñar al cliente el uso de la comunicación asertiva mediante indicaciones, modelos o juegos de rol; si procede, derivarle a un

asertivo. (18, 19)



11. Aprender y poner en práctica habilidades para resolver problemas y/o conflictos para gestionar los problemas interpersonales. (19, 29)



12. Practicar el uso de nuevas técnicas de manejo de la ira con el terapeuta y durante los ejercicios en casa. (21, 22, 23)

curso de reafirmación personal para completar el aprendizaje.

19. Realizar sesiones conjuntas para ayudar al cliente a poner en práctica la aserción, la resolución de problemas y/u otras habilidades de resolución de conflictos en presencia de las personas que le importan.

19. Realizar sesiones conjuntas para ayudar al cliente a poner en práctica la aserción, la resolución de problemas y/u otras habilidades de resolución de conflictos en presencia de las personas que le importan.

20. Enseñar al cliente habilidades para la resolución de conflictos (por ejemplo, empatía, escucha activa, mensajes en primera persona, comunicación respetuosa, reafirmación personal sin agresividad, saber transigir); usar modelos, juegos de rol y ensayos conductuales para trabajar diferentes conflictos actuales.

21. Ayudar al cliente a construir una estrategia personalizada para manejar la ira que combine todas habilidades somáticas, cognoscitivas, comunicativas, de resolución de problemas y/o de conflictos necesarias según sus necesidades.

22. Elegir situaciones en las que el cliente deba enfrentarse cada vez más a aplicar las nuevas estrategias de manejo de la ira.

Utilizar cualquiera de las diferentes técnicas, como la

- relajación, las imágenes, los ensayos conductuales, la modelización, los juegos de rol o experimentos de exposición en vivo o conductuales para ayudar al cliente a consolidar el uso de sus nuevas habilidades de manejo de la ira. ▾
23. Supervisar el número de arranques de ira descritos por el cliente para ver si cumple el objetivo de reducir su frecuencia, intensidad y duración mediante el uso de nuevas habilidades de manejo de la ira (o mandar el ejercicio “*Alternativas a la ira destructiva*” en *Adult Psychotherapy Homework Planner*, 2ª edición, de Jongsma); examinar los avances, reforzar los logros y aportar comentarios correctivos para la mejora. ▾
24. Animar al cliente a hablar de sus objetivos con respecto al manejo de la ira con personas de confianza susceptibles de apoyar su cambio. ▾
25. Hablar con el cliente de la diferencia entre un lapsus y una recaída, asociando el lapsus con un arrebató de ira inicial y reversible y la recaída con la elección de volver rutinariamente al antiguo patrón de ira. ▾
26. Identificar y ensayar con el cliente el manejo de futuras situaciones o circunstancias en las que se podrían producir lapsus de ira. ▾
27. Enseñar al cliente a utilizar rutinariamente las nuevas
13. Reducir la cantidad, la intensidad y la duración de los arranques de ira, aumentando el uso de las nuevas técnicas para el manejo de la ira. (24) ▾
14. Identificar los apoyos sociales que ayudarán a poner en práctica las habilidades de manejo de la ira. (25) ▾
15. Poner en práctica estrategias de prevención de las recaídas para manejar posibles futuros síntomas relacionados con algún trauma. (26, 27, 28, 29, 30) ▾



16. Leer un libro o un manual de tratamiento para completar la terapia y mejorar la comprensión de la ira y de su manejo. (31)

17. Identificar las ventajas y desventajas de aferrarse a la ira y del perdón; hablarlo con el terapeuta. (32, 33)

Escribir una carta de perdón al autor de un

29. estrategias de manejo de la ira aprendidas en la terapia (por ejemplo, relajación, reflexiones adaptativas, aserción y/o resolución de conflictos) para responder ante las frustraciones.



29. Elaborar una tarjeta o un recordatorio donde aparezcan anotadas las nuevas técnicas de manejo de la ira y otra información importante (por ejemplo, “Tranquilízate”, “Sé flexible en tus expectativas con respecto a los demás”, “Expresa tu opinión de manera calmada”, “Respetar el punto de vista de los demás”) para su uso posterior por parte del cliente.



30. Programar sesiones de “mantenimiento” periódicas para ayudar al cliente a mantener los logros terapéuticos.



31. Pedir al cliente que lea material para comprender qué es la ira y cómo manejarla (por ejemplo, *Overcoming Situational and General Anger: Client Manual*, de Deffenbacher y McKay, *Of Course You're Angry*, de Rosselini y Worden; o *The Anger Control Workbook* de McKay).



32. Hablar con el cliente sobre el perdón hacia los autores del daño como proceso de liberación de su ira.

33. Mandar al cliente que lea *Forgive and Forget* (Smedes).

Pedir al cliente que escriba una carta de perdón al destinatario de


18. dolor pasado o presente y tratar esta carta con el terapeuta. (34)

34. su ira como un paso para liberarse de la ira; tratar esta carta en la sesión.

DIAGNÓSTICOS SUGERIDOS

Eje I:	312.34	Trastorno explosivo intermitente
	296.xx	Trastorno bipolar I
	296.89	Trastorno bipolar II
	312.8	Trastorno disocial
	310.1	Cambio de personalidad debido a un trastorno del Eje III
	309.81	Trastorno por estrés postraumático
	V61.12	Abuso físico del adulto (por parte de la pareja)
	V61.83	Abuso físico del adulto (por persona distinta a la pareja)
Eje II:	301.83	Trastorno límite de la personalidad
	301.7	Trastorno antisocial de la personalidad
	301.0	Trastorno paranoide de la personalidad
	301.81	Trastorno narcisista de la personalidad
	301.9	Trastorno de la personalidad no especificado

Nota

 indica que los objetivos / intervenciones seleccionados coinciden con los de los tratamientos basados en la evidencia.

MANÍA O HIPOMANÍA

DEFINICIONES CONDUCTUALES

1. Muestra locuacidad o un habla atropellada.
2. Comenta que tiene fugas de ideas o pensamientos inconexos.
3. Verbaliza ideas de grandiosidad y/o creencias persecutorias.
4. Muestra evidencias de necesitar dormir poco.
5. Indica tener poco o nada de apetito.
6. Muestra una gran actividad motora o agitación.
7. Muestra poca atención y se distrae fácilmente.
8. La pérdida de una inhibición normal induce un comportamiento impulsivo orientado hacia el placer que no tiene en cuenta las consecuencias dolorosas.
9. Se viste y se arregla de manera extraña.
10. Muestra un estado de ánimo expansivo que puede derivar fácilmente en impaciencia e ira irritable si su conducta finalista se bloquea o se confronta.
11. Sus proyectos carecen de seguimiento, a pesar de tener mucha energía, porque su comportamiento es poco disciplinado y no se focaliza en los objetivos.

METAS A LARGO PLAZO

1. Reducir la energía psíquica y volver a unos niveles de actividad normales, a unas buenas facultades mentales, a un estado de ánimo estable y a un comportamiento orientado hacia los objetivos.
2. Reducir la agitación, la impulsividad y el habla atropellada sensibilizándose al mismo tiempo de las consecuencias de su comportamiento y teniendo unas expectativas más realistas.
3. Hablar de los sentimientos subyacentes de autoestima o culpa y del miedo al rechazo, la dependencia y el abandono.
4. Lograr un comportamiento controlado, un estado de ánimo moderado y un habla y un proceso mental más deliberativos mediante la psicoterapia y la medicación.

OBJETIVOS A CORTO PLAZO

1. Describir el estado de ánimo, el nivel de energía, el grado de control sobre los pensamientos y el patrón de sueño. (1, 2)
2. Diferenciar entre las pérdidas, los rechazos y los abandonos reales e imaginados. (3, 4, 5)
3. Verbalizar la pena, el miedo y la ira con respecto a las pérdidas

INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS

- Evaluar los signos clásicos de manía en el cliente: habla atropellada, conducta impulsiva, estado de ánimo eufórico, fuga de ideas, poca necesidad de dormir, autoestima excesiva y mucha energía.
1. Evaluar el estado de euforia del cliente: hipomaníaco, maníaco o psicótico.
 2. Prometer que estará al lado del cliente para ayudarlo, escucharlo y apoyarlo sistemáticamente.
 3. Explorar el miedo del cliente a ser abandonado por sus fuentes de amor y de crianza.
 4. Ayudar al cliente a diferenciar entre las pérdidas reales y las imaginadas, las pérdidas reales y las exageradas.
 5. Explorar las pérdidas reales o
 - 6.

reales o imaginadas en la vida. (6, 7)

4. Reconocer la baja autoestima y el miedo al fracaso subyacentes al fanfarroneo. (8, 9)

5. Cooperar con una evaluación psiquiátrica para determinar la necesidad de tomar medicación o de ser hospitalizado para estabilizar el estado de ánimo y la energía. (10, 11)

6. Tomar la medicación psicotrópica recetada. (12, 13)

7. Repasar varias maneras para que el cliente sustituya las pérdidas y las ponga en perspectiva.

8. Analizar las causas de la baja autoestima y del miedo al abandono del cliente en los antecedentes de su familia de origen.

9. Confrontar los aires de grandiosidad y de exigencias del cliente de manera gradual pero firme; destacar sus cualidades positivas (o mandar el ejercicio “*What Are My Good Qualities*” o “*Acnowledging My Strengths*” en *Adult Psychotherapy Homework Planner*, 2ª edición, de Jongsma).

10. Organizar o continuar con la hospitalización si se considera que el cliente representa un peligro para sí mismo o para los demás, o que es incapaz de cubrir sus necesidades básicas.

11. Disponer lo necesario para una evaluación psiquiátrica del cliente para considerar una farmacoterapia (por ejemplo, carbonato de litio, Depakote, Lamictil).

12. Hacer un seguimiento de la reacción del cliente a los psicotrópicos recetados (por ejemplo, cumplimiento, efectos secundarios y efectividad).

Evaluar continuamente el cumplimiento por parte del cliente



7. Alcanzar un nivel de estabilización de los síntomas que permita su participación positiva en la psicoterapia. (14, 15)



8. Realizar pruebas psicológicas para valorar los patrones de comunicación con la familia. (16)



9. Verbalizar que se comprenden las causas, los síntomas y el tratamiento de los episodios maníacos, hipomaníacos, mixtos y/o depresivos. (17, 18, 19)

13. cumplimiento por parte del cliente de la medicación psicotrópica recetada.

14. Hacer un seguimiento de la mejora de los síntomas del cliente para alcanzar una estabilización que permita su participación en la psicoterapia.

15. Realizar un tratamiento centrado en la familia con el cliente y sus personas allegadas, o adaptar el modelo a una terapia individual si no es posible realizar una terapia familiar (ver *Bipolar Disorder: A Family Focused Approach* de Miklowitz y Goldstein).

16. Organizar la administración de un instrumento de valoración objetivo para evaluar los patrones de comunicación familiar, especialmente la expresión de las emociones (por ejemplo, *Perceived Criticism Scale* de Hooley y Teasdale); evaluar los resultados y analizar los comentarios con el cliente y la familia.

17. Enseñar al cliente y a su familia, utilizando todas las modalidades necesarias, los signos, los síntomas y la naturaleza física recurrente de los episodios del estado de ánimo del cliente; desestigmatizar y normalizar.

18. Enseñar al cliente un modelo de diátesis-estrés del trastorno bipolar que destaque el importante papel de la predisposición biológica ante los cambios en el estado de ánimo, la cual es vulnerable a las tensiones que son manejables.



10. Identificar las fuentes de estrés que aumentan el riesgo de recaída. (20)

11. Verbalizar que acepta la necesidad de tomar medicación psicotrópica y comprometerse a cumplir con el tratamiento recetado con un control de los niveles en sangre. (21, 22, 23)

19. Explicar al cliente los motivos que justifican el tratamiento, compuesto por medicación regular y tratamiento psicosocial para reconocer, manejar y reducir las vulnerabilidades biológicas y psicológicas que podrían precipitar una recaída.

20. Identificar las fuentes de estrés o los desencadenantes de potenciales recaídas del cliente para convertirlos en los objetivos del tratamiento (por ejemplo, comunicación aversiva, malos hábitos de sueño, incumplimiento de la medicación).

21. Educar al cliente sobre la importancia de seguir la medicación; explicarle el riesgo de sufrir recaídas cuando se interrumpe la medicación y trabajar para que se comprometa a cumplir con el tratamiento recetado.

22. Evaluar los factores (por ejemplo, pensamientos, sentimientos, factores estresantes) que han precipitado el incumplimiento del tratamiento por el cliente; desarrollar un plan para reconocerlos y reorientarlos (o mandar el ejercicio “*Why I Dislike Taking My Medication*” en *Adult Psychotherapy Homework Planner*, 2ª edición, de Jongsma.

23. Educar y animar al cliente a hacer lo que le digan los laboratorios implicados en la regulación de sus niveles de medicación.

Enseñar al cliente la importancia



12. Poner en práctica unos buenos hábitos de sueño. (24)



13. Elaborar un “simulacro de recaída” en el que se acuerden los roles, las responsabilidades y las acciones en el caso de que aparezcan signos de recaída. (25, 26)



14. Que el cliente y su familia se comprometan a cambiar la comunicación aversiva por una comunicación positiva, honesta y respetuosa. (27, 28, 29)

24. de los buenos hábitos de sueño (o mandar el ejercicio “*Sleep Pattern Record*” en *Adult Psychotherapy Homework Planner*, 2ª edición, de Jongsma); evaluar e intervenir en consecuencia (ver el capítulo sobre Trastorno del sueño en este mismo libro).

25. Educar al cliente y a su familia sobre los signos y los síntomas de una recaída inminente del cliente.



26. Ayudar al cliente y a su familia a elaborar un “simulacro de recaída” detallando los roles y las responsabilidades (por ejemplo, quién reunirá a la familia para resolver la posible recaída; quién llamará al médico, prever el nivel de suero que debe tomar, o contactar con urgencias, si es necesario); resolver los obstáculos y trabajar para que todos se comprometan a cumplir el plan.




27. Evaluar y enseñar al cliente y a la familia el papel de la comunicación aversiva (por ejemplo, emoción expresada intensamente) en las dificultades familiares y el riesgo de recaída maníaca del cliente.





28. Utilizar técnicas conductuales (educación, modelización, juegos de rol, comentarios correctivos y refuerzo positivo) para enseñar aptitudes comunicativas, como ofrecer comentarios positivos,



15. Que el cliente y su familia resuelvan sus conflictos actuales mediante una técnica de resolución de problemas. (30, 31, 32)


escucha activa, pedir positivamente a los demás que cambien su comportamiento, y dar respuestas negativas de forma honesta y respetuosa. 

29. Mandar como ejercicio al cliente y a su familia que usen y anoten el uso de las aptitudes comunicativas que acaban de aprender; analizar los resultados en la sesión. 

30. Ayudar al cliente y a su familia a identificar los conflictos que se pueden resolver con técnicas de resolución de problemas. 

31. Utilizar técnicas conductuales (educación, modelización, juegos de rol, comentarios correctivos y refuerzo positivo) para enseñar al cliente y a su familia las aptitudes necesarias para resolver problemas, como definir el problema constructiva y detalladamente, proponer opciones, evaluar las opciones, elegir las opciones y poner en práctica un plan, evaluando los resultados y reevaluando el plan.



32. Mandar como ejercicio al cliente y a su familia utilizar y anotar el uso de las aptitudes de resolución de problemas que acaban de aprender (o mandar el ejercicio “*Plan Before Acting*” en *Adult Psychotherapy Homework Planner*, 2ª edición, de Jongsma); analizar los resultados en la sesión. 

Centrarse reiteradamente en las



16. Poner fin a las conductas autodestructivas, como la promiscuidad, el abuso de sustancias y la expresión de hostilidad o agresividad abiertas. (33, 34, 35, 36)

33. consecuencias negativas de la conducta del cliente para reducir su impulsividad imprudente (o mandar el ejercicio “*Recognizing the Negative Consequences of Impulse Behavior*” o “*Impulsive Behavior Journal*” en *Adult Psychotherapy Homework Planner*, 2a edición, de Jongsma).



34. Facilitar el control de los impulsos por parte del cliente mediante juegos de rol, ensayos conductuales e inversión de roles para que sea más sensible a las consecuencias de su comportamiento.



35. Escuchar tranquilamente las expresiones de hostilidad del cliente estableciendo al mismo tiempo límites a su conducta agresiva o impulsiva.



36. Establecer límites a la manipulación o exteriorización del cliente dejando las reglas claras y estableciendo claramente las consecuencias del incumplimiento de las normas.



17. Hablar más lentamente y centrarse más en el tema. (37, 38)

37. Proporcionar una estructura y un foco para los pensamientos y las acciones del cliente regulando la dirección de la conversación y estableciendo planes de comportamiento.



38. Reforzar verbalmente que el cliente hable más lentamente y piense de forma más deliberada.



Estar menos agitado y distraído; es decir, ser

Reforzar el mayor control de la hiperactividad y ayudar al cliente a establecer objetivos y límites a su



18. silencio y tranquilamente durante 30 minutos. (39)

Mostrar un mayor control sobre los impulsos y los




19. pensamientos, y un pensamiento más lento. (40, 41)




20. Participar en sesiones de “mantenimiento” periódicas. (42)


21. Comprender mejor la enfermedad bipolar leyendo un libro sobre el trastorno. (43)

39. agitación; modelizar y hacer juegos de rol sobre el mayor control conductual. 


Hacer un seguimiento del nivel de energía del cliente y reforzar el

40. mayor control de la conducta, del habla atropellada y de la expresión de ideas. 

Reforzar al cliente cuando

41. muestre un comportamiento más centrado en la consecución de objetivos y menos distraíble. 

Mantener sesiones de “mantenimiento” periódicas durante los primeros meses

42. después de la terapia para facilitar los cambios positivos del cliente; superar los obstáculos que dificulten la mejora. 


Pedir al cliente que lea un libro sobre trastorno bipolar (por ejemplo, *The Bipolar Disorder Survival Guide* de Miklowitz).

43. 

DIAGNÓSTICOS SUGERIDOS

Eje I:	296.xx	Trastorno bipolar I
	296.89	Trastorno bipolar II
	301.13	Trastorno ciclotímico
	295.70	Trastorno esquizoafectivo
	296.80	Trastorno bipolar no especificado
	310.1	Cambio de personalidad debido a trastorno del Eje III

Nota

 indica que los objetivos / intervenciones seleccionados coinciden con los de los tratamientos basados en la evidencia.

PÁNICO / AGORAFOBIA

DEFINICIONES CONDUCTUALES

1. Se queja de síntomas de pánico inesperados, repentinos y debilitantes (por ejemplo, respiración superficial, transpiración, aceleración o palpitaciones cardíacas, mareo, despersonalización o desrealización, temblores, opresión en el pecho, miedo a morir o a perder el control, náuseas) que se han producido repetidamente y que provocan la preocupación persistente de sufrir nuevos ataques.
2. Muestra una clara evitación de actividades o entornos debido al miedo de que desencadenen síntomas de pánico intenso, lo cual interfiere con su rutina normal.
3. Es consciente de que el miedo persiste a pesar de reconocer que es un miedo irrazonable.
4. Se aísla cada vez más debido al miedo a viajar o a abandonar un “entorno seguro”, como su hogar.
5. Evita los lugares o entornos públicos con grandes grupos de personas, como los centros comerciales o las grandes superficies.
6. No muestra ninguna evidencia de agorafobia.

METAS A LARGO PLAZO

1. Reducir la frecuencia, intensidad y duración de los ataques de pánico.
2. Reducir el miedo a que los síntomas de pánico se reproduzcan sin ser capaz de manejarlos.
3. Reducir el miedo a que se desencadene el pánico y eliminar la evitación de actividades y entornos por temer que desencadenen el pánico.
4. Sentirse más cómodo fuera de casa y en un entorno público.

OBJETIVOS A CORTO PLAZO

1. Describir el historial y los antecedentes de los síntomas de pánico. (1, 2)

2. Realizar pruebas psicológicas para evaluar la profundidad de la agorafobia y la sensibilidad ante la ansiedad. (3, 4)

INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS

1. Evaluar la frecuencia, la intensidad, la duración y el historial de los síntomas de pánico, miedo y evitación del cliente (por ejemplo, *The Anxiety Disorders Interview Schedule for the DSM-IV* de DiNardo, Brown y Barlow).
2. Evaluar la naturaleza de los estímulos, pensamientos o situaciones que precipitan el pánico en el cliente (o mandar el ejercicio “*Monitoring My Panic Attack Experiences*” en *Adult Psychotherapy Homework Planner*, 2ª edición, de Jongasma).
3. Realizar un estudio de los miedos para valorar mejor la profundidad y el alcance de las respuestas agorafóbicas (por ejemplo, *The Mobility Inventory for Agoraphobia* de Chambless, Caputo y Gracely).
4. Administrar una prueba sobre el miedo ante los síntomas de la ansiedad para valorar mejor su profundidad y alcance (por ejemplo, *The Anxiety Sensitivity*



3. Cooperar con una evaluación médica para valorar la necesidad de tomar medicación psicotrópica. (5, 6)



4. Verbalizar que se comprende exactamente lo que son los ataques de pánico y la agorafobia y su tratamiento. (7, 8)



5. Verbalizar que se comprenden los motivos que justifican el tratamiento del pánico. (9)

Index de Reiss, Peterson y Gursky).

5. Disponer lo necesario para valorar la necesidad de medicación psicotrópica para aliviar los síntomas del cliente.

6. Hacer un seguimiento del cumplimiento, los efectos secundarios y la efectividad global de la medicación en el cliente; consultar con el médico prescriptor con regularidad.

7. Explicar que los ataques de pánico son “falsas alarmas” de peligro, que no son peligrosos médicamente, ni un símbolo de debilidad ni de locura, que son habituales pero que suelen provocar una evitación innecesaria.

8. Pedir al cliente que lea capítulos psicoeducativos de libros o manuales de tratamiento sobre trastorno de angustia y agorafobia (por ejemplo, *Mastery of Your Anxiety and Panic* de Barlow y Craske; *Don't Panic: Taking Control of Anxiety Attacks* de Wilson; *Living with Fear* de Marks).

9. Hablar de que la exposición sirve como espacio para desensibilizar el miedo aprendido, reforzar la confianza y sentirse más seguro al construir un nuevo historial de experiencias satisfactorias.

Enseñar al cliente la relajación muscular progresiva como ejercicio diario para relajarse en general, y formarle en el uso de

ción y manejo para reducir la ansiedad general y manejar los síntomas de pánico. (10, 11)



7. Practicar las reflexiones positivas que refuercen la confianza en su capacidad de soportar los síntomas de ansiedad sin que haya consecuencias graves. (12, 13)



8. Identificar, cuestionar y sustituir las reflexiones sesgadas y temerosas con reflexiones positivas basadas en la realidad. (14, 15)

10. estrategias de manejo (por ejemplo, permanecer centrado en las metas conductuales, relajación muscular, respiración diafragmática de ritmo constante, reflexiones positivas) para manejar los ataques de síntomas.

11. Enseñar al cliente a mantenerse centrado en los estímulos externos y en las responsabilidades conductuales durante el pánico en lugar de centrarse internamente en los cambios fisiológicos.

12. Tranquilizar sistemáticamente al cliente de que no existe ninguna conexión entre los síntomas de pánico y el infarto, la pérdida de control del comportamiento o una enfermedad mental grave (“volverse loco”).

13. Utilizar la modelización y el ensayo conductual para formar al cliente en las reflexiones positivas que le tranquilicen sobre su capacidad de soportar los síntomas de ansiedad sin sufrir consecuencias graves.

14. Explorar los esquemas y las reflexiones del cliente que median en su respuesta al miedo, cuestionar los sesgos; ayudarle a sustituir los mensajes distorsionados con reflexiones que no sobrevaloren la posibilidad de resultados catastróficos ni subestimen su capacidad de hacer frente a los síntomas de pánico.

Mandar un ejercicio al cliente en el que identifique las reflexiones temerosas y cree alternativas



9.

Realizar una exposición gradual repetida a las sensaciones físicas temidas hasta que experimentarlas deje de dar miedo. (16, 17)

- basadas en la realidad (o mandar el ejercicio “*Journal and Replace Self-Defeating Thoughts*” en *Adult Psychotherapy Homework Planner*, 2ª edición, de Jongsma); repasar y reforzar los logros, aportar comentarios correctivos a los fracasos (ver *10 Simple Solutions to Panic* de Antony y McCabe; *Mastery of Your Anxiety and Panic* de Barlow y Craske).



- Enseñar al cliente la técnica de exposición a las sensaciones para realizar un ejercicio alrededor de las sensaciones físicas temidas (por ejemplo, respirar rápidamente hasta marearse ligeramente, girar sentado en una silla hasta que le dé vueltas la cabeza), luego utilizar las estrategias de manejo (por ejemplo, permanecer centrado en las metas conductuales, relajación muscular, respiración diafragmática a ritmo constante, reflexiones positivas) para tranquilizarse; repetir el ejercicio hasta que la ansiedad desaparezca (ver *10 Simple Solutions to Panic* de Antony y McCabe; *Mastery of Your Anxiety and Panic – Therapist Guide* de Craske, Barlow y Meadows).



- Mandar al cliente un ejercicio en el que se exponga a sensaciones y anote los resultados (por ejemplo, *Mastery of Your Anxiety and Panic* de Barlow y Craske; *10 Simple Solutions to Panic* de Antony y McCabe); repasar y reforzar el éxito, aportar comentarios correctivos sobre los



10. Realizar una exposición gradual repetida a las situaciones temidas o evitadas en las que se tema un ataque de síntomas y sus consecuencias negativas. (18, 19, 29)



11. Poner en práctica estrategias de prevención de las recaídas para manejar los posibles futuros síntomas de ansiedad. (21, 22, 23, 24)

fracasos.

18. Orientar y ayudar al cliente jerarquizar las situaciones que le producen ansiedad asociada con la respuesta fóbica.

19. Seleccionar exposiciones iniciales que tengan muchas posibilidades de ser una experiencia satisfactoria para el cliente; elaborar un plan para manejar los síntomas y ensayar el plan mentalmente.

Mandar al cliente un ejercicio en el que se exponga a situaciones y anote sus respuestas (por ejemplo, “*Gradually Reducing Your Phobic Fear*” en *Adult Psychotherapy Homework Planner*, 2ª edición, de Jongsma;

20. *Mastery of Your Anxiety and Panic* de Barlow y Craske; *10 Simple Solutions to Panic* de Antony y McCabe); repasar y reforzar los logros, aportar comentarios correctivos sobre los fracasos.

21. Explicar al cliente la distinción entre un lapsus y una recaída, asociando el lapsus con un retorno inicial y reversible a los síntomas, miedo o ganas de evitar y la recaída con la decisión de volver a los patrones de miedo y evitación.

22. Identificar y ensayar con el cliente el manejo de futuras situaciones o circunstancias en las que se pueden producir lapsus.

12. Verbalizar los costes y beneficios de seguir con el miedo y la evitación. (25)
13. Verbalizar las realidades distintas del objeto o situación irracionalmente temidos y la experiencia emocionalmente dolorosa del pasado evocada por el estímulo fóbico. (26, 27)
- Comprometerse a no permitir que los síntomas del pánico tomen el
23. Enseñar al cliente a usar rutinariamente las estrategias aprendidas en la terapia (por ejemplo, reestructuración cognoscitiva, exposición) integrándolas en su vida lo máximo posible. ▾
24. Elaborar una tarjeta recordatorio con las estrategias de manejo y otra información importante escrita (por ejemplo, “Respira más lentamente”, “Céntrate en la tarea que tienes entre manos”, “Puedes manejarlo” y “Se te pasará”) para su uso posterior por parte del cliente. ▾
25. Explorar la existencia de un beneficio secundario que refuerce los síntomas de pánico del cliente mediante los mecanismos de escape o de evitación; retar al cliente a permanecer en las situaciones que le dan miedo y a utilizar las aptitudes de enfrentamiento para soportarlas.
26. Aclarar y diferenciar entre el miedo irracional actual del cliente y el dolor emocional del pasado.
27. Animar al cliente a compartir los sentimientos asociados con traumas del pasado mediante una escucha activa, una mirada positiva y la formulación de preguntas.
- Apoyar al cliente para que siga


14. control de su vida y lleven a una evitación sistemática de las responsabilidades normales. (28)
Volver para una sesión de seguimiento para evaluar
15. los progresos, reforzar los beneficios y superar las barreras. (29)
28. familiares y sociales en lugar de escapar o evitarlas para centrarse en el pánico.

Planificar una “sesión de refuerzo” para el cliente al cabo de 1 a 3 meses del fin de la terapia.
- 29.

DIAGNÓSTICOS SUGERIDOS

Eje I:	300.01	Trastorno de angustia sin agorafobia
	300.21	Trastorno de angustia con agorafobia
	300.22	Agorafobia sin historia de trastorno de angustia

Nota

 indica que los objetivos / intervenciones seleccionados coinciden con los de los tratamientos basados en la evidencia.

PERSONALIDAD LÍMITE

DEFINICIONES CONDUCTUALES

1. Una tensión de poca importancia conduce a una reacción emocional extrema (ira, ansiedad o depresión) que suele durar de varias horas a varios días.
2. Un patrón de relaciones interpersonales intensas y caóticas.
3. Una marcada alteración de la identidad.
4. Conductas impulsivas potencialmente autolesivas.
5. Gestos o amenazas suicidas recidivantes, o comportamiento de automutilación.
6. Sentimientos crónicos de vacío y aburrimiento.
7. Brotes frecuentes de ira intensa e inadecuada.
8. Se siente tratado injustamente con facilidad y cree que no se puede confiar en los demás.
9. Analiza la mayoría de las cuestiones en términos simples (por ejemplo, bien / mal, blanco / negro, digno de confianza / decepcionante) sin tener en cuenta circunstancias atenuantes o situaciones complejas.
10. Se pone muy nervioso ante cualquier indicio de abandono percibido en una relación.

METAS A LARGO PLAZO

1. Desarrollar y hacer gala de las habilidades necesarias para manejar los cambios de humor.
2. Desarrollar la capacidad de controlar el comportamiento impulsivo.
3. Sustituir el pensamiento dicotómico por la capacidad de tolerar la ambigüedad y la complejidad en las personas y en los problemas.
4. Desarrollar y hacer gala de las habilidades necesarias para manejar la ira.
5. Aprender y poner en práctica habilidades para mantener relaciones interpersonales.
6. Poner fin a las conductas autolesivas (como el abuso de sustancias, la conducción temeraria, la desinhibición sexual, las comilonas o las conductas suicidas).

OBJETIVOS A CORTO PLAZO

- Hablar abiertamente del historial de dificultades que han promovido la búsqueda de tratamiento. (1, 2, 3)
- 1.

INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS

- Evaluar las situaciones en que el cliente se ha sentido afligido e incapaz, e identificar las conductas (por ejemplo, actos parasuicidas, ataques de rabia, apego excesivo), los afectos (por ejemplo, cambios de humor, reacciones emocionales exageradas, vacío doloroso) y cogniciones (por ejemplo, sesgos como el pensamiento dicotómico, la generalización excesiva y el catastrofismo) que se convertirán en los objetivos de la terapia.
- 1.
- Explorar los antecedentes de malos tratos y/o abandonos del cliente, especialmente en la infancia.
- 2.
- Validar la aflicción y las dificultades del cliente y considerarlas comprensibles, teniendo en cuenta sus circunstancias, sus pensamientos y sus sentimientos particulares.
- 3.
- Orientar al cliente hacia la terapia conductual dialéctica (TCD),



2. Verbalizar que se comprende precisa y razonablemente el proceso de terapia y las metas terapéuticas. (4, 5)

4. destacando sus múltiples facetas (por ejemplo, apoyo, colaboración, reto, resolución de problemas, refuerzo de capacidades) y hablar de la visión dialéctica / biosocial de la personalidad límite, destacando la influencia de la propia constitución y las influencias sociales sobre sus características (ver *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality* de Linehan).

- A lo largo de la terapia, pedir al cliente que lea algunos capítulos de libros o manuales que refuercen las intervenciones terapéuticas (por ejemplo, *Skills Training Manual for Treating BPD* de Linehan).
- 5.



3. Verbalizar la decisión de colaborar con el terapeuta para alcanzar las metas terapéuticas. (6)

6. Solicitar al cliente su acuerdo en colaborar dentro de los parámetros del enfoque de la TCD para superar las conductas, las emociones y las cogniciones identificadas como causantes de los problemas que sufre en la vida.



4. Verbalizar los deseos y las conductas de automutilación y suicidas del pasado. (7, 8, 9, 10)

7. Explorar la naturaleza y los antecedentes de conductas de automutilación del cliente.

8. Evaluar los desencadenantes, la frecuencia, la gravedad, el beneficio secundario y el inicio de los gestos suicidas del cliente.

9. Organizar la hospitalización, en caso necesario, cuando se considere que el cliente representa un peligro para sí mismo.

Facilitar al cliente un teléfono de




5. Prometer que se pondrá en contacto con el terapeuta o con el teléfono de asistencia si experimenta una fuerte necesidad de autolesionarse. (11, 12)




6. Reducir las acciones que interfieren en la participación del cliente en la terapia. (13)




7. Colaborar con un médico para valorar la necesidad de administrar medicación psicotrópica y tomar la medicación según la receta. (14, 15)

10. asistencia que esté disponible 24 horas al día. 


Interpretar la automutilación del cliente como la expresión de la rabia y la indefensión que no pudo expresar siendo niño como


11. víctima de un abandono emocional o de malos tratos; expresar la expectativa de que el cliente controle el deseo de automutilarse. 

Lograr la promesa del cliente (como parte del contrato de prevención de la automutilación y el suicidio) de que se pondrá en contacto con el terapeuta o el

12. teléfono de asistencia si experimenta fuertes deseos suicidas y antes de cometer cualquier acto autolesivo; a lo largo de la terapia evaluar sistemáticamente el potencial suicida del cliente. 

Continuamente observar, cuestionar y aportar soluciones a las acciones del cliente que

13. amenacen con interferir con el desarrollo de la terapia, como faltar a las visitas, incumplir y/o abandonar repentinamente la terapia. 

Valorar la necesidad de medicación por parte del cliente (por ejemplo, inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina) y facilitar que se la receten, si procede. 

14. Observar y evaluar el seguimiento por parte del cliente del
15. tratamiento con psicotrópicos y la eficacia de la medicación en su



8. Reducir la frecuencia de conductas, pensamientos y sentimientos inadaptados que dificultan alcanzar una calidad de vida razonable. (16)



9. Participar en un curso grupal (preferiblemente) o individual de desarrollo de aptitudes personales. (17, 18)

funcionamiento.

Utilizar estrategias de validación dialécticas (por ejemplo, metáforas, el abogado del diablo) y estrategias de resolución de problemas (por ejemplo, análisis de conductas y de soluciones, reestructuración cognoscitiva, refuerzo de capacidades, exposición) para ayudar al cliente a manejar, reducir o estabilizar las conductas inadaptadas (por ejemplo, ataques de ira, excesos con el alcohol, relaciones abusivas, sexo de alto riesgo, descontrol en los gastos), las ideas (por ejemplo, pensamiento de tipo “o todo o nada”, catastrofismo, personalización) y los sentimientos (por ejemplo, rabia, desesperación, abandono: ver *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality* de Linehan).

16. Realizar un curso grupal o individual sobre aptitudes personales adaptado a los patrones conductuales problemáticos del cliente (por ejemplo, reafirmación ante las relaciones abusivas, estrategias cognoscitivas para identificar y controlar la impulsividad económica, sexual y de otros tipos).

Utilizar estrategias conductuales para enseñar las habilidades identificadas (por ejemplo, instrucción, modelización, asesoramiento), reforzarlas (por ejemplo, juegos de rol, ejercicios de exposición) y facilitar su


17. Utilizar estrategias conductuales para enseñar las habilidades identificadas (por ejemplo, instrucción, modelización, asesoramiento), reforzarlas (por ejemplo, juegos de rol, ejercicios de exposición) y facilitar su
18. Utilizar estrategias conductuales para enseñar las habilidades identificadas (por ejemplo, instrucción, modelización, asesoramiento), reforzarlas (por ejemplo, juegos de rol, ejercicios de exposición) y facilitar su



10. Verbalizar una respuesta emocional menor ante el estrés postraumático anterior o actual. (19)




11. Identificar, cuestionar y sustituir las reflexiones sesgadas y temerosas con reflexiones basadas en la realidad y positivas. (20, 21, 22)

incorporación en la vida diaria del cliente (por ejemplo, mandar deberes). 

19. Cuando los patrones conductuales adaptativos y las habilidades de regulación emocional sean evidentes, trabajar con el cliente en recordar y aceptar los hechos de los traumas anteriores, reducir la negación y mejorar el conocimiento de sus efectos, reduciendo las respuestas emocionales o conductuales inadaptadas ante los estímulos relacionados con el trauma, y reducir el sentimiento de culpa.



20. Explorar los esquemas y las reflexiones del cliente que median en los miedos relacionados con sus traumas y de otro tipo; identificar y cuestionar los sesgos; ayudarle a generar pensamientos que corrijan los sesgos negativos y refuercen la confianza. 

- Mandar al cliente un ejercicio en el que identifique sus reflexiones temerosas y cree alternativas basadas en la realidad; repasar y reforzar los logros, aportando comentarios correctivos sobre los fracasos (ver “*Journal and Replace Self-Defeating Thoughts*” en *Adult Psychotherapy Homework Planner*, 2ª edición, de Jongsma, o “Daily Record of Dysfunctional Thoughts” en *Cognitive Therapy of Depression* de Beck, Rush, Shaw y Emery).



Reforzar los mensajes



12. Participar en exposiciones imaginarias o en vivo a recuerdos relacionados con el trauma hasta que hablar o pensar en el trauma deje de provocar una aflicción evidente. (23, 24, 25)

22. cognoscitivos positivos y basados en la realidad del cliente, para mejorar la confianza en sí mismo y aumentar su acción adaptativa.



23. Orientar y ayudar al cliente en la construcción de una jerarquía de estímulos temidos y evitados relacionados con el trauma.



24. Dirigir una exposición imaginaria al trauma en la sesión pidiendo al cliente que describa una experiencia traumática determinada con un nivel de detalle progresivo pero elegido por el cliente; integrar la reestructuración cognoscitiva y repetir hasta que la ansiedad asociada se reduzca y se estabilice; grabar la sesión y pedir al cliente que la escuche entre sesiones (ver “*Share the Painful Memory*” en *Adult Psychotherapy Homework Planner*, 2ª edición, de Jongsma y *Posttraumatic Stress Disorder* de Resick y Calhoun); repasar y reforzar los progresos, superar los obstáculos.



25. Mandar al cliente un ejercicio de exposición durante el cual grabe su respuesta o pedirle que escuche la grabación de una exposición realizada durante una sesión (ver *Posttraumatic Stress Disorder* de Resick y Calhoun); repasar y reforzar los progresos, superar los obstáculos.






13. Verbalizar un respeto hacia sí mismo independiente de la opinión de los demás. (26)



14. Realizar actividades que ayuden a mejorar una sensación sostenida de alegría. (27)

26. Ayudar al cliente a valorar, creer y confiar en sus valoraciones sobre sí mismo, los demás y las situaciones, y a examinarlas sin estar a la defensiva e independientemente de las opiniones de los demás, de un modo que refuerce la confianza en sí mismo pero sin aislarle de los demás. 


27. Facilitar el crecimiento personal del cliente ayudándole a elegir experiencias que refuercen el autoconocimiento, los valores personales y la valoración de la vida (por ejemplo, una terapia orientada al autoconocimiento, prácticas espirituales, otras experiencias vitales relevantes).



DIAGNÓSTICOS SUGERIDOS

Eje I:	300.4	Trastorno distímico
	296.3x	Trastorno depresivo mayor, recidivante
Eje II:	301.83	Trastorno límite de la personalidad
	301.9	Trastorno de la personalidad no especificado
	799.9	Diagnóstico aplazado
	V71.09	Sin diagnóstico

Nota

 indica que los objetivos / intervenciones seleccionados coinciden con los de los tratamientos basados en la evidencia.

PROBLEMAS BIOGRÁFICOS

DEFINICIONES CONDUCTUALES

1. Dificultades en adaptarse a la responsabilidad e interdependencia de un nuevo matrimonio.
2. Ansiedad y depresión relacionadas con las demandas de tener un hijo.
3. Pena relacionada con la emancipación familiar de los hijos (síndrome del “nido vacío”).
4. Inquietud y sentimientos de haber perdido la identidad y el valor debido a la jubilación.
5. Sentimientos de aislamiento, tristeza y aburrimiento relacionados con el hecho de abandonar el empleo para quedarse cuidando de la casa y los hijos.
6. Frustración y ansiedad relacionadas con tener que vigilar y cuidar a un progenitor mayor, debilitado y dependiente.

METAS A LARGO PLAZO

1. Resolver los sentimientos conflictivos y adaptarse a las nuevas circunstancias vitales.
2. Reorientar el modo de ver la vida y reconocer las ventajas de la situación actual.
3. Sentirse satisfecho de servir, cuidar y apoyar a personas queridas que son dependientes y están necesitadas.
4. Equilibrar las actividades vitales entre la consideración hacia los demás y el desarrollo de los propios intereses.

OBJETIVOS A CORTO PLAZO

Describir las circunstancias de la vida que

1. contribuyen al estrés, a la ansiedad o a la ausencia de realización personal. (1, 2, 3)

Identificar los valores que guían las decisiones

2. vitales y que determinan la realización personal. (4, 5)

INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS

Explorar las circunstancias vitales actuales del cliente que

1. están causando frustración, ansiedad, depresión o ausencia de realización.
2. Pedir al cliente que escriba una lista de las circunstancias que le preocupan y cómo o por qué están contribuyendo a su insatisfacción.
3. Ayudar al cliente a enumerar las cosas que desea en la vida y que le faltan y que le permitirían sentirse más realizado.

4. Ayudar al cliente a clarificar y priorizar sus valores.

Pedir al cliente que lea libros sobre la clarificación de valores (por ejemplo, *Values Clarification* de Simon,

5. Howe y Kirschenbaum, *In Search of Values: 31 Strategies for Finding Out What Really Matters Most to You* de Simon); analizar el contenido y enumerar los valores que considere importantes.

3. Poner en práctica nuevas actividades que aumenten la sensación de satisfacción. (6, 7)

4. Identificar y poner en marcha algunos cambios para sentirse menos agobiado con las responsabilidades de cuidar de otros. (8, 9)

5. Poner en práctica una mayor reafirmación personal para tomar el control de los conflictos. (10, 11, 12)

6. Aplicar las técnicas de resolución de problemas a las circunstancias actuales. (13, 14)

6. Elaborar un plan con el cliente que incluya actividades que le hagan sentirse más satisfecho, realizar sus valores y mejorar su calidad de vida.

7. Repasar los intentos del cliente de modificar su vida para incluir actividades que le satisfagan; reforzar los logros y reorientar los fracasos.

8. Proponer con el cliente posibles fuentes de apoyo o de respiro (por ejemplo, grupo de apoyo a padres, hacer que la pareja se implique más en el cuidado de los hijos, respiro en el cuidado de padres ancianos, compartir la responsabilidad de cuidar a los padres con los hermanos, usar los recursos sanitarios a domicilio, tomar clases sobre la crianza de los hijos) para llevar mejor las responsabilidades que le están agobiando.

9. Animar al cliente a poner en práctica cambios que reduzcan la carga de responsabilidad percibida; hacer un seguimiento de la evolución, reforzar el éxito y reorientar los fracasos.

10. Usar los juegos de rol, la modelización y el ensayo conductual para enseñar al cliente aptitudes asertivas que pueda aplicar para reducir el conflicto o la insatisfacción.

11. Derivar al cliente a un curso de reafirmación personal. Animar al cliente a leer libros sobre reafirmación personal y establecimiento de límites (por ejemplo, *Asserting Yourself* de Bower y Bower; *When I Say No, I Feel Guilty* de Smith; *Your Perfect Right* de Alberti y Emmons; *Boundaries: Where You End and I Begin* de Katherine); analizar el contenido y su aplicación en la vida diaria del cliente.

13. Enseñar al cliente técnicas de resolución de problemas (por ejemplo, definir el problema claramente, proponer múltiples soluciones, enumerar los pros y los contras de cada solución, buscar la aportación de los demás, seleccionar e implementar un plan de acción, evaluar el resultado y reajustar el plan si es necesario).

- Utilizar la modelización y los juegos de rol con el cliente para aplicar el enfoque de resolución de problemas a sus circunstancias actuales; fomentar la puesta en práctica del plan de acción, reforzar los logros y reorientar los fracasos.
- 14.
- Aumentar la comunicación con las personas allegadas en torno a los factores de estrés de su vida actual. (15, 16)
- 7.
- Enseñar al cliente aptitudes comunicativas (por ejemplo, mensajes en primera persona, escucha activa, contacto visual) que pueda aplicar a los factores de estrés de su vida actual.
- 15.
- Invitar a la pareja u otros familiares del cliente a realizar sesiones conjuntas para tratar las preocupaciones del cliente; fomentar la comunicación abierta y la resolución de problemas en grupo.
- 16.
- Identificar cinco ventajas de la situación vital actual. (17)
- 8.
- Ayudar al cliente a identificar al menos cinco ventajas de sus circunstancias vitales actuales que pueda haber pasado por alto o infravalorado (por ejemplo, la posibilidad de tomar sus propias decisiones, la oportunidad de intimar y compartir con la pareja, tener más tiempo para desarrollar los intereses personales o para satisfacer las necesidades de una persona querida).
- 17.
- Poner oportunamente en práctica los cambios y hacer esfuerzos para recuperar el equilibrio vital. (18)
- 9.
- Ayudar al cliente a identificar los ámbitos de la vida que se deben modificar para recuperar el equilibrio vital (por ejemplo, ejercicio adecuado, alimentación y sueño adecuados, actividades sociales y recreativas, desarrollo espiritual, actividades conjuntas con la pareja así como actividades e intereses individuales, hacer favores a los demás y cuidarse también a sí mismo); desarrollar un plan para su puesta en práctica.
- 18.
- Aumentar las actividades que refuercen una identidad positiva. (19, 20)
- 10.
- Ayudar al cliente a aclarar su identidad y su valor en la vida enumerando sus puntos fuertes, rasgos positivos y talentos, posibles maneras de contribuir a la sociedad, y ámbitos de interés y capacidades que todavía no ha desarrollado.
- 19.
- Elaborar un plan de acción con el cliente para aumentar las actividades que aportan valor y expanden la percepción de su identidad en un momento de transición entre las fases de la vida (por ejemplo, de soltero a casado, de asalariado a quedarse en casa, de no tener hijos a tener un hijo, de estar empleado a ser jubilado); hacer un seguimiento de su
- 20.

- puesta en práctica.
11. Aumentar los contactos sociales para reducir la sensación de aislamiento. (21, 22)
21. Explorar las oportunidades del cliente de superar esta sensación de aislamiento (por ejemplo, unirse a un grupo recreativo o educativo local, ser más activo en las actividades religiosas, ir a clase, unirse a un grupo para practicar ejercicio, unirse a un grupo en torno a una afición); fomentar la realización de estas actividades.
22. Utilizar los juegos de rol y la modelización para enseñar al cliente las aptitudes sociales necesarias para establecer nuevas relaciones (por ejemplo, empezar conversaciones, presentarse, hacer preguntas a los demás sobre sí mismos, sonreír y ser simpático, invitar a nuevos conocidos a casa, iniciar una nueva actividad social con una nueva persona conocida).
12. Compartir las dificultades emocionales relacionadas con la tensión provocada por el ajuste actual. (23, 24)
23. Explorar los sentimientos del cliente, sus mecanismos de enfrentamiento y su sistema de apoyo al intentar adaptarse a los factores de estrés de la vida actual; evaluar la profundidad de su depresión, ansiedad o pena y recomendar un tratamiento centrado en esos problemas si está justificado (ver los capítulos sobre Depresión, Ansiedad y Duelo en este mismo libro).
13. Que las personas allegadas ofrezcan su apoyo para reducir el estrés del cliente. (25)
24. Evaluar el potencial suicida del cliente si están presentes sentimientos de depresión, impotencia y aislamiento; tomar las precauciones necesarias para evitar el suicidio, si procede (ver el capítulo sobre Ideación suicida en este mismo libro).
25. Mantener sesiones de terapia familiar en las que se dé la oportunidad a las personas allegadas de apoyar al cliente y de sugerir cómo reducir el estrés; pedir al cliente que comparta sus necesidades asertivamente y pedir a sus personas allegadas que se responsabilicen de apoyarle (por ejemplo, a la pareja que se implique más con los hijos, a la pareja que apoye su necesidad de afirmación y estimulación fuera de casa, a los familiares que se responsabilicen más del cuidado de los padres ancianos).

DIAGNÓSTICOS SUGERIDOS

Eje I:	V62.89	Problema biográfico
	313.82	Problema de identidad
	V61.1	Problemas conyugales
	V61.20	Problemas paterno-filiales
	309.0	Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo
	309.28	Trastorno adaptativo mixto, con ansiedad y estado de ánimo depresivo
	309.24	Trastorno adaptativo con ansiedad
Eje II:	799.9	Diagnóstico aplazado
	V71.09	Sin diagnóstico

PROBLEMAS MÉDICOS

DEFINICIONES CONDUCTUALES

1. Diagnóstico de enfermedad crónica que no representa peligro de muerte pero que requiere un cambio de vida.
2. Diagnóstico de una enfermedad grave y seria que amenaza la supervivencia.
3. Diagnóstico de enfermedad crónica que a la larga conllevará una muerte prematura.
4. Sentimientos de tristeza, retraimiento social, ansiedad, pérdida de interés en actividades y poca energía.
5. Ideación suicida.
6. Negación de la gravedad de la enfermedad médica.
7. Rechazo a cooperar con los tratamientos médicos recomendados.
8. Prueba positiva del virus de inmunodeficiencia humana (VIH).
9. Tiene el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).
10. Complicaciones médicas debidas a una dependencia de sustancias.
11. Factores psicológicos o conductuales que influyen en la evolución de la enfermedad.
12. Antecedentes de descuidar la salud física.

METAS A LARGO PLAZO

1. Estabilizar médicamente la enfermedad física.
2. Trabajar el proceso de luto y afrontar en paz la realidad de la propia muerte.
3. Aceptar el apoyo emocional de quienes se preocupan, sin rechazarles con ira.
4. Vivir la vida al máximo, aunque quede poco tiempo.
5. Cooperar con el tratamiento médico sin resistencia pasiva-agresiva ni activa.
6. Estar informado al máximo de la enfermedad diagnosticada y de cómo poder vivir con la mayor normalidad posible.
7. Reducir el miedo, la ansiedad y la preocupación con respecto a la enfermedad.
8. Aceptar la enfermedad, y adaptar la vida a las limitaciones necesarias.
9. Aceptar el papel de los factores psicológicos o conductuales en el desarrollo de la enfermedad y centrarse en resolver esos factores.

OBJETIVOS A CORTO PLAZO

Describir los

INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS

1. antecedentes, los síntomas y el tratamiento de la enfermedad. (1, 2)

2. Identificar los sentimientos asociados con la enfermedad. (3)

3. Los familiares comparten entre sí los sentimientos desencadenados por la enfermedad del cliente. (4)

4. Identificar las pérdidas o limitaciones que se han experimentado debido a la enfermedad. (5)

5. Verbalizar una mayor comprensión de los pasos a seguir para hacer el duelo de las pérdidas provocadas por la enfermedad. (6, 7)

6. Verbalizar los sentimientos asociados con las pérdidas relacionadas con la enfermedad. (3, 8)

1. Elaborar el historial de hechos relativos a la enfermedad médica del cliente, incluyendo los síntomas, el tratamiento y el pronóstico.

2. Con el consentimiento informado del cliente, contactar al médico tratante y a los familiares para obtener más información médica sobre el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico del cliente.

3. Ayudar al cliente a identificar, clasificar y verbalizar los diferentes sentimientos generados por su enfermedad.

4. Reunirse con los familiares para facilitar que clarifiquen y compartan los posibles sentimientos de culpa, rabia, impotencia y/o celos de otros hermanos asociados con la enfermedad del cliente.

5. Pedir al cliente que enumere en una lista los cambios, pérdidas o limitaciones resultantes de su enfermedad.

6. Enseñar al cliente las fases del proceso de duelo y responder a todas las preguntas que pueda tener.

7. Sugerir al cliente la lectura de un libro sobre pérdida y duelo (por ejemplo, *Good Grief* de Westberg; *How Can It Be Right When Everything Is All Wrong?* De Smedes; *When Bad Things Happen To Good People* de Kushner).

3. Ayudar al cliente a identificar, clasificar y verbalizar los diferentes sentimientos generados por su enfermedad.

8. Pedir al cliente que escriba un diario de duelo para compartirlo en las sesiones de terapia.

7. Pasar menos tiempo centrándose en los aspectos negativos de la enfermedad. (9, 10)
9. Sugerir que el cliente reserve un momento concreto cada día para hacer el duelo de su enfermedad. Una vez transcurrido este momento, el cliente debe retomar sus actividades normales y dejar de lado los pensamientos sobre el duelo hasta el siguiente momento reservado. Por ejemplo, en estos momentos de luto se puede vestir con ropa oscura y/o escuchar música triste y una vez pasado el tiempo reservado volver a cambiarse de ropa.
10. Retar al cliente a centrar sus pensamientos en los aspectos positivos de la vida en lugar de en las pérdidas asociadas con su enfermedad; reforzar los ejemplos de enfoque positivo.
8. Poner en práctica actividades en torno a la fe como fuente de consuelo y esperanza. (11)
11. Animar al cliente a apoyarse en sus promesas de fe y actividades espirituales (por ejemplo, oraciones, meditación, culto, música) y en la comunión como fuentes de apoyo.
9. Verbalizar que acepta la realidad de la enfermedad y la necesidad del tratamiento. (12, 13, 14, 15)
12. Confrontar amablemente al cliente cuando rechace la gravedad de su enfermedad y la necesidad de seguir el tratamiento médico; reforzar la aceptación del cliente de su enfermedad y el cumplimiento del tratamiento.
13. Explorar y procesar los miedos del cliente asociados con el tratamiento médico, el deterioro de la salud física y el fallecimiento consiguiente.
14. Normalizar los sentimientos de luto, tristeza o ansiedad del cliente asociados con la enfermedad; promover la expresión verbal de estas emociones a las personas queridas y al personal médico.
15. Evaluar la necesidad de tratar la depresión y la ansiedad del cliente (ver los capítulos sobre Depresión y Ansiedad en este mismo libro).
10. Participar en un grupo de apoyo con otras personas diagnosticadas con la misma enfermedad. (16)
16. Derivar al cliente a un grupo de apoyo con personas que sufren una enfermedad similar.
11. Que la pareja y los familiares asistan a un
17. Derivar a los familiares a un grupo de apoyo local relacionado con la enfermedad del cliente.

- grupo de apoyo. (17)
- Cumplir el régimen de medicación y los procedimientos médicos necesarios,
12. informando sobre los efectos secundarios o los problemas a los médicos o terapeutas. (2, 18, 19, 20)
2. Con el consentimiento informado del cliente, contactar al médico tratante y a los familiares para obtener más información médica sobre el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico del cliente.
18. Hacer un seguimiento y reforzar el cumplimiento por parte del cliente del tratamiento médico.
19. Explorar y reorientar las ideas falsas, los miedos y los factores situacionales del cliente que interfieren con el cumplimiento del tratamiento.
20. Confrontar los mecanismos manipulativos, pasivos-agresivos y de negación que bloqueen el cumplimiento del tratamiento por parte del cliente.
- Realizar actividades sociales, productivas y recreativas que sean posibles a pesar de la enfermedad. (21, 22)
13. Elegir con el cliente actividades de las que todavía pueda disfrutar solo o en compañía.
21. Pedir al cliente que se comprometa a aumentar su nivel de actividad realizando actividades divertidas y desafiantes; reforzar este compromiso.
22. Reducir la tensión y el estrés, enseñar al cliente métodos de relajación muscular profunda, de respiración profunda y de imágenes positivas.
- Poner en práctica las aptitudes conductuales para reducir el estrés para poner fin a la exacerbación de la enfermedad debido a la tensión. (23, 24, 25)
14. Reducir la tensión y el estrés, enseñar al cliente métodos de relajación muscular profunda, de respiración profunda y de imágenes positivas.
23. Utilizar el biofeedback electromiográfico (EMG) para controlar, aumentar y reforzar la profundidad de la relajación en el cliente.
24. Desarrollar y fomentar una rutina de ejercicio físico para el cliente.
25. Identificar y substituir las reflexiones
- Ayudar al cliente a identificar las distorsiones

15. negativas y el catastrofismo asociado con la enfermedad. (26, 27)

Recurrir a imágenes positivas para

16. tranquilizar la mente y reducir la tensión. (28, 29)

Verbalizar una mayor comprensión de la enfermedad. (30, 31)

Identificar las fuentes de apoyo emocional que han resultado beneficiosas y otros recursos que se podrían aprovechar. (32, 33)

Que la pareja y la familia del cliente verbalicen sus miedos sobre la vida gravemente impedida del cliente o su posible muerte. (34)

Llevar una vida sobria

26. cognoscitivas y los pensamientos automáticos negativos que contribuyen a su actitud negativa y sentimientos de impotencia asociados con la enfermedad.

Elaborar con el cliente una lista de reflexiones positivas y realistas que puedan sustituir las distorsiones cognoscitivas y el catastrofismo sobre su enfermedad y el tratamiento.

Enseñar al cliente a utilizar imágenes positivas, relajantes y sanadoras para reducir el estrés y promover su tranquilidad.

Animar al cliente a apoyarse en promesas de fe sobre el amor, la presencia y el cariño de Dios y en el apoyo para lograr cierta tranquilidad de espíritu.

Proporcionar al cliente información exacta sobre los síntomas, las causas, el tratamiento y el pronóstico de su enfermedad.

Pedir al cliente y a su familia que lea material y recursos fiables por Internet para informarse con precisión sobre la enfermedad.

Explorar y evaluar los recursos de apoyo emocional del cliente y de sus familiares.

Animar al cliente y a sus familiares a pedir apoyo a los líderes eclesiásticos, a la familia extensa, a los servicios sociales del hospital, a los grupos de apoyo locales y a Dios.

Lograr que la pareja y los familiares del cliente hablen de sus miedos ocultos sobre el posible fallecimiento del cliente; empatizar con sus sentimientos de pánico, frustración impotente y ansiedad. Tranquilizarles sobre la presencia de Dios como el que da y apoya la vida.

20. que permita una mejor recuperación de la enfermedad. (35, 36)
21. Reconocer las conductas sexuales de alto riesgo asociadas con las enfermedades de transmisión sexual (ETS). (37)
22. Aceptar la presencia de una ETS o VIH y seguir el tratamiento médico. (38, 39)
23. Identificar las fuentes de angustia emocional que pueden tener un impacto negativo en la salud física. (40, 41)
35. Explorar y evaluar el papel del abuso de sustancias en la enfermedad del cliente.
- Recomendar al cliente que siga un tratamiento por su
36. dependencia de sustancias (ver el capítulo sobre Dependencia de sustancias en este mismo libro).
37. Evaluar el comportamiento del cliente en busca de conductas de alto riesgo (por ejemplo, abuso de drogas intravenosas, sexo sin protección, estilo de vida homosexual, promiscuidad) relacionadas con las ETS y el VIH.
38. Derivar al cliente a la sanidad pública o a un médico para realizarse pruebas de ETS y/o VIH, recibir información y tratamiento.
39. Animar al cliente a seguir un tratamiento para ETS y VIH dentro de un programa de tratamiento especializado, si es necesario, y hacer un seguimiento.
40. Enseñar al cliente los impactos negativos que pueden tener el estilo de vida y los problemas emocionales sobre su enfermedad; repasar su estilo de vida y estado emocional para identificar los factores negativos para su salud física.
41. Pedir al cliente que elabore una lista de cambios en su estilo de vida que podría realizar para conservar mejor la salud; analizar la lista.

DIAGNÓSTICOS SUGERIDOS

Eje I:	316	Síntomas psicológicos que afectan a un trastorno del Eje III
	309.0	Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo
	309.24	Trastorno adaptativo con ansiedad
	309.28	Trastorno adaptativo mixto, con ansiedad y estado de ánimo depresivo
	309.3	Trastorno adaptativo con trastorno de comportamiento
	309.4	Trastorno adaptativo con alteración mixta de las emociones y el comportamiento

309.4	emociones y el comportamiento
296.xx	Trastorno depresivo mayor
311	Trastorno depresivo no especificado
300.02	Trastorno de ansiedad generalizada
300.00	Trastorno de ansiedad no especificado

Eje II:

799.9	Diagnóstico aplazado
V71.09	Sin diagnóstico o estado

PSICOTICISMO

DEFINICIONES CONDUCTUALES

1. Pensamientos de contenido extraño (delirios de grandeza, persecución, referencia, influencia, control, sensaciones somáticas o infidelidad).
2. Pensamientos / habla de forma ilógica (poca asociación de ideas al hablar, incoherencia; pensamiento ilógico; habla vaga, abstracta o repetitiva; neologismos, perseveraciones, asociación fonética).
3. Percepción alterada (alucinaciones auditivas, visuales u olfativas).
4. Afecto alterado (tajante, inexistente, aplanado o inadecuado).
5. Pérdida del sentido del yo (pérdida de los límites del ego, falta de identidad, confusión patente).
6. Menor voluntad propia (interés, vigor o capacidad inadecuados de seguir una acción hasta su conclusión lógica; ambivalencia pronunciada o cese de actividades orientadas hacia al objetivo).
7. Abandono de las relaciones (cese de la implicación con el mundo exterior y preocupación con ideas egocéntricas y fantasías, sentimientos de enajenación).
8. Anomalías psicomotrices (marcada disminución de las reacciones al entorno; varios patrones catatónicos como estupor, rigidez, excitación, poses o negativismo; gestos o muecas inusuales).
9. Agitación extrema, incluyendo un alto grado de irritabilidad, ira, imprevisibilidad, o externalización física impulsiva.
10. Forma extraña de vestirse o arreglarse.

METAS A LARGO PLAZO

1. Controlar o eliminar los síntomas psicóticos activos, de modo que el funcionamiento supervisado sea positivo y la medicación se tome sistemáticamente.
2. Eliminar los síntomas psicóticos agudos y reactivos y volver a un funcionamiento normal de los afectos, del pensamiento y de las relaciones.
3. Aumentar los comportamientos dirigidos hacia objetivos.
4. Centrar los pensamientos en la realidad.
5. Normalizar los patrones del habla, formulando oraciones coherentes, prestando atención a las señales sociales y permaneciendo concentrado en la tarea.

OBJETIVOS A CORTO PLAZO

Describir el tipo y el historial de

INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS

Mostrar aceptación hacia el cliente con una

- | | |
|--|---|
| <p>1. Describir el tipo y el historial de síntomas psicóticos (1, 2, 3)</p> | <p>1. actitud tranquila y cálida, un buen contacto visual y una escucha activa.</p> |
| <p>2. Que el cliente o una persona allegada proporcione el historial familiar de enfermedades mentales serias. (4)</p> | <p>Evaluar la generalización del trastorno de pensamiento del cliente mediante entrevistas clínicas y/o pruebas psicológicas.</p> <p>2. Determinar si la psicosis del cliente es de naturaleza reactiva breve o de largo plazo con elementos prodrómicos y reactivos.</p> |
| <p>3. Aceptar y comprender que los síntomas angustiantes son debidos a la enfermedad mental. (5, 6)</p> | <p>3. Explorar el historial familiar del cliente en busca de enfermedades mentales serias.</p> |
| <p>4. Tomar medicación antipsicótica sistemáticamente con o sin supervisión. (7, 8)</p> | <p>4. Proporcionar una terapia de apoyo para aliviar los miedos del cliente y reducir sus sentimientos de alienación.</p> |
| <p>5. Aceptar la necesidad de vivir en un entorno supervisado. (9, 10)</p> | <p>5. Explicar al cliente la naturaleza del proceso psicótico, sus componentes bioquímicos y el efecto de confusión sobre el pensamiento racional.</p> <p>6. Derivar al cliente a un psiquiatra para que evalúe inmediatamente sus síntomas psicóticos y le recete medicación antipsicótica si procede.</p> |
| <p>6. Describir los factores estresantes graves percibidos recientemente que puedan haber precipitado el</p> | <p>7. Hacer un seguimiento del cumplimiento, la eficacia y los efectos secundarios de la medicación psicotrópica recetada; reorientar si el cliente no cumple con el tratamiento.</p> <p>8. Disponer lo necesario para que el cliente permanezca en una situación estable y supervisada (por ejemplo, en un centro de acogida para adultos en crisis, o en la casa de un amigo o un familiar).</p> <p>9. Disponer lo necesario para su ingreso involuntario en un centro psiquiátrico si se valora que el cliente es incapaz de cubrir sus necesidades básicas o es potencialmente peligroso para sí mismo o para los demás.</p> <p>10. Explorar las causas de la psicosis reactiva</p> |

brote psicótico. (11, 12, 13)

7. Indicar una reducción o la ausencia de alucinaciones y/o delirios. (7, 8, 14, 15, 16)

8. Empezar a mostrar un funcionamiento social limitado respondiendo adecuadamente a los encuentros agradables. (14, 17)

9. Pensar más claramente, evidenciado por un habla lógica y coherente. (7, 18, 19)

12. Explorar los sentimientos del cliente en torno a los factores estresantes que desencadenaron sus episodios psicóticos.

13. Ayudar al cliente a reducir las amenazas del entorno (por ejemplo, encontrar un lugar más seguro donde vivir, organizar visitas frecuentes del asistente social, hacer que los familiares llamen más a menudo).

7. Derivar al cliente a un psiquiatra para que evalúe inmediatamente sus síntomas psicóticos y le recete medicación antipsicótica si procede.

8. Hacer un seguimiento del cumplimiento, la eficacia y los efectos secundarios de la medicación psicotrópica recetada; reorientar si el cliente no cumple con el tratamiento.

14. Ayudar al cliente a reestructurar sus creencias irracionales revisando las evidencias basadas en la realidad y su mala interpretación.

15. Animar al cliente a centrarse en la realidad del mundo externo frente a su fantasía distorsionada.

16. Mostrar al cliente que existen dos fuentes de estímulos diferenciadas: los mensajes generados por él mismo y la realidad del mundo exterior.

14. Ayudar al cliente a reestructurar sus creencias irracionales revisando las evidencias basadas en la realidad y su mala interpretación.

17. Reforzar las respuestas socialmente y emocionalmente adecuadas del cliente ante los demás.

7. Derivar al cliente a un psiquiatra para que evalúe inmediatamente sus síntomas psicóticos y le recete medicación antipsicótica si procede.

Confrontar amablemente los pensamientos

- Verbalizar que se comprenden las necesidades, los conflictos y las emociones subyacentes en las que se basan las creencias irracionales. (14, 20)
10. Verbalizar que se comprenden las necesidades, los conflictos y las emociones subyacentes en las que se basan las creencias irracionales. (14, 20)
- Que los familiares aumenten su apoyo positivo al cliente para reducir los cambios de exacerbación aguda de los episodios psicóticos. (21, 22)
11. Que los familiares aumenten su apoyo positivo al cliente para reducir los cambios de exacerbación aguda de los episodios psicóticos. (21, 22)
- Que los familiares compartan sus sentimientos de culpa, frustración y miedo
12. Que los familiares compartan sus sentimientos de culpa, frustración y miedo
- Volver gradualmente al nivel premórbido de funcionamiento y aceptar la responsabilidad de satisfacer las propias necesidades básicas, incluyendo el régimen de medicación. (8, 25)
13. Volver gradualmente al nivel premórbido de funcionamiento y aceptar la responsabilidad de satisfacer las propias necesidades básicas, incluyendo el régimen de medicación. (8, 25)
18. Confrontar amablemente los pensamientos y el habla ilógicos del cliente para centrar de nuevo su pensamiento desordenado.
19. Reforzar la claridad y la racionalidad de pensamiento y de habla del cliente.
14. Ayudar al cliente a reestructurar sus creencias irracionales revisando las evidencias basadas en la realidad y su mala interpretación.
20. Explorar las necesidades y los sentimientos subyacentes del cliente (por ejemplo, inadecuación, rechazo, ansiedad, culpa) que desencadenan el pensamiento irracional.
21. Organizar sesiones de terapia familiar para informar a la familia sobre la enfermedad, el tratamiento y el pronóstico del cliente.
22. Ayudar a la familia a evitar los mensajes de doble lazo que aumentan la ansiedad y los síntomas psicóticos en el cliente.
23. Animar a los familiares a compartir sus sentimientos de frustración, culpa, miedo o depresión en torno a la enfermedad mental del cliente y sus patrones de comportamiento.
24. Derivar a los familiares a un grupo de apoyo local para familias de pacientes psicóticos.
8. Hacer un seguimiento del cumplimiento, la eficacia y los efectos secundarios de la medicación psicotrópica recetada; reorientar si el cliente no cumple con el tratamiento.
25. Hacer un seguimiento del nivel de funcionamiento diario del cliente (es decir, orientación en la realidad, higiene personal, interacciones sociales y adecuación de los

reorienta o refuerce la evolución del cliente.

DIAGNÓSTICOS SUGERIDOS

Eje I:	297.1	Trastorno delirante
	298.8	Trastorno psicótico breve
	295.xx	Esquizofrenia
	295.30	Esquizofrenia tipo paranoide
	295.70	Trastorno esquizoafectivo
	295.40	Trastorno esquizofreniforme
	296.xx	Trastorno bipolar I
	296.89	Trastorno bipolar II
	296.xx	Trastorno depresivo mayor
	310.1	Cambio de personalidad debido a un trastorno del Eje III

SOMATIZACIÓN

DEFINICIONES CONDUCTUALES

1. Se queja de una enfermedad física que parece causada por un factor estresante psico-social que desencadena un conflicto psicológico.
2. Preocupado por el miedo de tener una enfermedad física grave, sin ninguna base médica que justifique tal preocupación.
3. Muestra múltiples dolencias físicas que carecen de base orgánica pero que han provocado cambios en su día a día (por ejemplo, ir a menudo al médico, tomar medicación, abandonar las responsabilidades).
4. Preocupado por un dolor crónico más allá de lo que cabe esperar en una enfermedad física o a pesar de no tener causa orgánica conocida.
5. Se queja de uno o más problemas físicos (generalmente imprecisos) sin base orgánica conocida, que resulta en un impedimento en el funcionamiento vital mayor de lo que cabría esperar.
6. Preocupado por un dolor en una o más partes anatómicas con factores psicológicos y una enfermedad médica como base del dolor.
7. Preocupado por un defecto físico imaginado o preocupación sumamente exagerada por un defecto mínimo (Trastorno dismórfico corporal).

METAS A LARGO PLAZO

1. Reducir la frecuencia de las quejas físicas y mejorar el nivel de funcionamiento independiente.
2. Reducir el discurso centrado en el dolor y aumentar las actividades productivas.
3. Aceptar el propio aspecto corporal como normal aún teniendo defectos insignificantes.
4. Aceptar que se está relativamente sano, sin enfermedades médicas conocidas ni defectos.
5. Mejorar el funcionamiento físico a través del desarrollo de mecanismos de enfrentamiento adecuados para el manejo del estrés.

OBJETIVOS A CORTO PLAZO

Verbalizar los
sentimientos negativos

INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS

- | | |
|--|---|
| <p>1. sobre el propio cuerpo y hablar de las consecuencias catastrofistas temidas a partir de las anomalías corporales percibidas. (1)</p> | <p>1. Reforzar el nivel de confianza y comprensión con el cliente escuchando sus quejas iniciales sin rechazo ni confrontación.</p> |
| <p>2. Hablar de las causas del estrés emocional sobre las que reposan las quejas físicas. (2, 3, 4)</p> | <p>2. Recentrar el relato del cliente sobre sus quejas físicas en torno a los conflictos emocionales y a la expresión de sus sentimientos.</p> <p>3. Explorar las fuentes de dolor emocional del cliente (sentimientos de miedo, inadecuación, rechazo o abuso).</p> <p>4. Ayudar al cliente a aceptar la relación entre el hecho de centrarse en lo físico y la evitación de enfrentarse a los conflictos emocionales.</p> |
| <p>3. Identificar los patrones familiares de preocupación excesiva por las enfermedades físicas. (5)</p> | <p>5. Explorar el historial familiar del cliente de modelización y refuerzo de las quejas físicas.</p> |
| <p>4. Verbalizar el beneficio secundario resultante de las quejas físicas. (6)</p> | <p>6. Ayudar al cliente a comprender mejor el beneficio secundario obtenido de la enfermedad física, las quejas, etcétera.</p> |
| <p>5. Identificar las causas de la ira. (7)</p> | <p>7. Explorar las causas de la ira del cliente.</p> <p>Mediante juegos de rol y ensayo conductual, enseñar al cliente</p> |
| <p>6. Expresar los sentimientos de ira de forma asertiva y directa. (8, 9, 10)</p> | <p>8. cómo expresar asertiva y respetuosamente sus sentimientos de ira.</p> <p>9. Enseñar al cliente reafirmación personal o derivarle a un curso sobre asertividad.</p> <p>Reforzar la reafirmación personal del cliente para que pueda</p> |

7. Identificar la conexión entre la imagen corporal negativa y la baja autoestima general. (11, 12)
8. Aumentar las actividades sociales y productivas en lugar de preocuparse por sí mismo y de quejarse por cosas físicas. (13, 14)
9. Implementar el uso de técnicas de relajación y practicarlas para reducir la tensión como respuesta al estrés. (15, 16)
10. Reducir las quejas físicas, las visitas al médico y la dependencia de la medicación y describirse más como persona capaz de funcionar de manera normal y productiva. (17, 18, 19)
10. satisfacer de forma saludable sus necesidades en lugar de quejarse y sentirse impotente.
11. Explorar al cliente buscando en sus experiencias infantiles las causas de su baja autoestima y de su miedo a ser inadecuado.
12. Enseñar al cliente la relación entre su baja autoestima y la preocupación por su imagen corporal.
13. Pedir al cliente que elabore una lista de actividades placenteras que sirvan como recompensa y le hagan pensar menos en su propio cuerpo.
14. Mandar al cliente actividades que le distraigan, para dejar de centrarse en sí mismo y dirigir su atención hacia hobbies, actividades sociales, de ayuda a los demás, para la realización de proyectos o para su vuelta al trabajo.
15. Enseñar al cliente técnicas de relajación usando las técnicas de biofeedback, de respiración profunda y de imágenes positivas.
16. Asignar al cliente una rutina diaria de ejercicios.
17. Retar al cliente a aguantar el dolor y a seguir con sus responsabilidades para reforzar la autoestima y sentir que aporta algo.

Planificar momentos determinados

- cada día para que el cliente piense, hable y escriba sobre sus problemas físicos y para que, fuera de estos momentos, deje de centrarse en su estado físico;
18. hacer un seguimiento y analizar la efectividad de esta intervención (o mandar el ejercicio “*Controlling the Focus on Physical Problems*” en *Adult Psychotherapy Homework Planner*, 2ª edición, de Jongsma).
- Crear una ordalía (es decir, una tarea concreta necesaria en el día a día del cliente pero que éste encuentre desagradable) que el cliente deberá hacer cada vez que aparezca el síntoma (queja física); convencer al cliente de la eficacia de esta prescripción y hacer un seguimiento de su cumplimiento y de los resultados.
- 19.
- Pedir al cliente que realice el ritual de preguntar a la pareja, amigos, vecinos, representantes religiosos, etcétera, sobre lo preocupado que según ellos debería estar el cliente y sobre qué le recomendarían hacer cada vez que aparece una queja o una preocupación física. Analizar los resultados.
- 20.
- Pedir al cliente que intente predecir el siguiente ataque o problema físico y que planifique cómo le hará frente cuando aparezca.
- 21.
- Capacitar al cliente para que tome el control de su entorno en lugar de permanecer en su actitud de impotencia, frustración, ira y
- 22.
11. Preguntar a la familia y amigos por su preocupación sobre las quejas físicas. (20)
 12. Enumerar las conductas de enfrentamiento que se pondrán en práctica ante la aparición de los síntomas. (21)
 13. Explicar ejemplos de situaciones en que ha tomado el control activo de los acontecimientos del entorno en lugar de

- reaccionar pasivamente como una víctima. (22)
- Asumir responsabilidades normales profesional y socialmente sin quejarse
14. ni retraerse en la evitación usando los problemas físicos como una excusa. (23, 24, 25)
23. Reformular las preocupaciones del cliente en forma de metáfora en torno a la idea de “asegurarse de tener buena salud”. Luego, proponerle un plan para aumentar el ejercicio, el sexo o la diversión.
24. Hacer comentarios positivos cuando el cliente no presente síntomas y acepte su cuerpo como normal y sano.
25. Hablar con el cliente del impacto social destructivo que tienen sus quejas constantes o la atención hacia su cuerpo en sus amigos y familiares.
15. Aceptar ser derivado a una clínica del dolor para aprender técnicas de manejo del dolor. (26)
26. Derivar al cliente a una clínica del dolor.
16. Cooperar con un médico que evalúe la necesidad de medicación de medicación psicotrópica para tratar un trastorno dismórfico corporal. (27, 28)
27. Disponer lo necesario para evaluar la necesidad de recetar medicación psicotrópica (por ejemplo, ISRS).
28. Hacer un seguimiento del cumplimiento, los efectos secundarios y la efectividad global de la medicación recetada al cliente; consultar con el médico prescriptor con regularidad.
17. Participar en una terapia de exposición y prevención de rituales
29. Apuntar al cliente a un pequeño grupo cerrado de terapia de exposición y prevención de rituales para tratar el trastorno dismórfico corporal (ver “*Cognitive Behavior Group Therapy for Body Dysmorphic*”).

para el trastorno
dismórfico corporal. (29)

Disorder: A Case Series” de
Wilhelm, Otto, Lohr et al. en
Behavior Research and Therapy,
1999, vol. 37, pp. 71-75), o
realizar la terapia individualmente.



18. Verbalizar que se
comprenden las razones
que justifican el
tratamiento. (30)

30. Enseñar al cliente el papel de los
miedos sesgados y de la evitación
en el mantenimiento del trastorno
dismórfico corporal; comentar que
el tratamiento sirve como terreno
para desensibilizar los miedos,
para cotejar los miedos y las
creencias subyacentes con la
realidad y reforzar la confianza en
la autoaceptación de su propio
aspecto.



19. Identificar y sustituir las
reflexiones y las creencias
sesgadas y temerosas.
(31)

31. Explorar los esquemas y las
reflexiones del cliente que median
en sus miedos autoconscientes y
en la correspondiente conducta de
evitación; ayudarle a generar
pensamientos que cuestionen y
corrijan los sesgos (o mandar el
ejercicio “*Negative Thoughts
Trigger Negative Feelings*” en
*Adult Psychotherapy Homework
Planner*, 2ª edición, de Jongsma).



20. Realizar una exposición
imaginaria repetida a las
señales externas y/o
internas temidas. (32, 33,
34)

32. Evaluar los desencadenantes
exteriores de los miedos (por
ejemplo, personas o situaciones) y
las estrategias sutiles y evidentes
de evitación (por ejemplo, llevar
ropa que disimule, salir sólo de
noche).



Realizar ejercicios que
conlleven la exposición en

Mandar un ejercicio al cliente en
el que repita la exposición entre
sesiones y anote sus respuestas (o
mandar el ejercicio “*Gradually
Reducing Your Phobic Fear*” en



21. vivo a las señales externas y/o internas temidas. (35)

35. *Adult Psychotherapy Homework Planner*, 2ª edición, de Jongsma); repasar durante la siguiente sesión, reforzar los éxitos y aportar comentarios correctivos para la mejora.



22. Poner en práctica el uso de la técnica para detener pensamientos para reducir la frecuencia de los pensamientos obsesivos. (36, 37)

36. Enseñar al cliente a detener los pensamientos autoconscientes críticos mediante la técnica de detener pensamientos, consistente en gritarse a sí mismo en silencio STOP imaginando una señal de tráfico roja y luego pensando en una escena relajante.



23. Poner en práctica estrategias de mantenimiento para manejar posibles síntomas de ansiedad futuros. (38, 39, 40)

37. Pedir al cliente que ponga en práctica la técnica para detener los pensamientos a diario entre sesiones (o mandar el ejercicio “*Making Use of the Thought-Stopping Technique*” en *Adult Psychotherapy Homework Planner*, 2ª edición, de Jongsma); repasar.

38. Identificar y ensayar con el cliente el manejo de futuras situaciones o circunstancias en las que se pueden producir lapsus.


39. Pedir al cliente que utilice a diario las técnicas aprendidas en la terapia (por ejemplo, exposición continuada a señales externas o internas temidas cuando aparezcan) para evitar la recaída en los miedos autoconscientes críticos y en los patrones de evitación.

40. Programar “sesiones de mantenimiento” periódicas para ayudar al cliente a mantener los

DIAGNÓSTICOS SUGERIDOS

Eje I:	300.7	Trastorno dismórfico corporal
	300.11	Trastorno de conversión
	300.7	Hipocondría
	300.81	Trastorno de somatización
	307.80	Trastorno por dolor asociado a factores psicológicos
	307.89	Trastorno por dolor asociado a factores psicológicos y a enfermedad médica
	300.81	Trastorno somatomorfo indiferenciado
	300.4	Trastorno distímico

Nota

 indica que los objetivos / intervenciones seleccionados coinciden con los de los tratamientos basados en la evidencia.

TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

DEFINICIONES CONDUCTUALES

1. Rechazo a mantener el peso corporal en un peso mínimamente normal o por encima según la edad y la altura (menos del 85% del esperado).
2. Miedo intenso a ganar peso o a estar gordo, aún estando por debajo de su peso.
3. Episodios recurrentes de comilonas (es decir, consumo rápido de grandes cantidades de alimentos con muchos hidratos de carbono).
4. Comportamiento compensatorio inadecuado recurrente para evitar ganar peso, como vómitos autoinducidos; mal uso de laxantes, diuréticos, enemas u otros medicamentos; ayunar o ejercicio excesivo.
5. Pérdida extrema de peso (y amenorrea en las mujeres) y rechazo a mantener un peso mínimo sano.
6. Influencia indebida del peso o de su forma corporal en la valoración de sí mismo.
7. Preocupación persistente por su imagen corporal y valoración terriblemente equivocada de sí mismo como persona con sobrepeso.
8. Desequilibrio creciente de líquidos y electrolitos debido al trastorno de la conducta alimentaria.
9. Fuerte negativa a verse a sí mismo escuálido incluso estando muy por debajo de su peso recomendado.

METAS A LARGO PLAZO

















1. Restablecer los patrones de alimentación normales, el peso corporal, el equilibrio de los líquidos y los electrolitos y percibir de manera realista su talla corporal.
2. Poner fin al patrón de comilonas y purgas con un retorno a la alimentación normal con alimentos suficientemente nutritivos para mantener un peso sano.
3. Desarrollar patrones y creencias cognoscitivas saludables para reducir el problema y prevenir la recaída en el trastorno alimentario.
4. Desarrollar relaciones interpersonales saludables para reducir el problema y prevenir la recaída en el trastorno alimentario.
5. Desarrollar estrategias de manejo alternas (por ejemplo, identificación de los sentimientos, resolución de problemas, reafirmación personal) para tratar los problemas emocionales que puedan provocar una recaída en el trastorno de la conducta alimentaria.

OBJETIVOS A CORTO PLAZO

1. Describir sinceramente el patrón de alimentación, incluyendo el tipo, la cantidad y la frecuencia de comida consumida o escondida. (1, 2, 3)
2. Describir cualquier conducta disfuncional para controlar el peso. (4, 5)
3. Realizar pruebas psicológicas para valorar y seguir los patrones de alimentación y las prácticas poco saludables para perder peso. (6)

INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS

1. Establecer una relación con el cliente que permita construir una alianza terapéutica.
2. Evaluar la cantidad, el tipo y el patrón de ingesta de comida del cliente (por ejemplo, demasiado poca comida, demasiada comida, comilonas o comida escondida).
3. Comparar el consumo de calorías del cliente con una cantidad media en adultos de 1.500 calorías al día para determinar si come demasiado o demasiado poco.
4. Evaluar la presencia de un comportamiento de autoinducción del vómito por parte del cliente para purgarse de las calorías ingeridas; hacer un seguimiento de forma continua.
5. Evaluar el mal uso por parte del cliente de laxantes, diuréticos, enemas u otras medicaciones, la práctica de ayunos o de ejercicio excesivo; hacer un seguimiento de forma continua.
6. Administrar una prueba para evaluar la profundidad y la amplitud del trastorno alimentario (por ejemplo, vómitos autoinducidos, mal uso de laxantes, diuréticos, enemas y otras medicaciones; ayunar o hacer ejercicio excesivo) y/o para seguir los avances del tratamiento (por ejemplo, *The Eating*

- Disorders Inventory-2* de Garner, 1991).
- Derivar al cliente a un médico para realizarse una revisión física y permanecer en contacto con el médico para conocer la situación médica del cliente y sus hábitos nutricionales. 
- Derivar al cliente a un dentista para una revisión dental. 
- Valorar la necesidad del cliente de tomar medicación psicotrópica (por ejemplo, ISRS); organizar que un médico le evalúe y le recete psicotrónicos, si procede. 
- Hacer un seguimiento del cumplimiento, la eficacia y los efectos secundarios de la medicación psicotrópica recetada al cliente. 
- Derivar al cliente hacia una hospitalización, si es necesario, cuando la pérdida de peso sea grave y su salud física esté en peligro, si está muy depresivo o si tiene ideas suicidas. 
- Explicar al cliente un modelo de desarrollo de los trastornos alimentarios que incluya conceptos como las presiones socioculturales para estar delgado, la vulnerabilidad de algunas personas de sobrevalorar la forma y el tamaño del cuerpo para determinar la imagen de sí mismos, hábitos alimentarios inadaptados (por ejemplo, el ayuno, las comilonas), conductas de control del peso
-  4. Cooperar con la realización de un examen físico completo. (7)
-  5. Cooperar con la realización de una revisión dental. (8)
-  6. Cooperar con la realización de una evaluación por parte de un médico para valorar la necesidad de tomar psicotrónicos. (9)
-  7. Tomar la medicación tal y como se ha recetado e informar de su eficacia y efectos secundarios. (10)
-  8. Cooperar con su ingreso a un tratamiento hospitalario si procede. (11)
-  9. Verbalizar que comprende correctamente cómo se desarrollan los trastornos de la alimentación. (12)
7. Derivar al cliente a un médico para realizarse una revisión física y permanecer en contacto con el médico para conocer la situación médica del cliente y sus hábitos nutricionales. 
8. Derivar al cliente a un dentista para una revisión dental. 
9. Valorar la necesidad del cliente de tomar medicación psicotrópica (por ejemplo, ISRS); organizar que un médico le evalúe y le recete psicotrónicos, si procede. 
10. Hacer un seguimiento del cumplimiento, la eficacia y los efectos secundarios de la medicación psicotrópica recetada al cliente. 
11. Derivar al cliente hacia una hospitalización, si es necesario, cuando la pérdida de peso sea grave y su salud física esté en peligro, si está muy depresivo o si tiene ideas suicidas. 
12. Explicar al cliente un modelo de desarrollo de los trastornos alimentarios que incluya conceptos como las presiones socioculturales para estar delgado, la vulnerabilidad de algunas personas de sobrevalorar la forma y el tamaño del cuerpo para determinar la imagen de sí mismos, hábitos alimentarios inadaptados (por ejemplo, el ayuno, las comilonas), conductas de control del peso



10. Verbalizar que comprende los objetivos y la justificación del tratamiento. (13, 14)























11. Escribir en un diario los alimentos consumidos. (15)

compensatorias e inadaptadas (por ejemplo, las purgas), y los consiguientes sentimientos de baja autoestima (ver *Overcoming Binge Eating* de Fairburn). ▾

13. Hablar sobre la justificación de seguir el tratamiento, incluyendo los procedimientos cognoscitivos y conductuales para romper el ciclo de pensamiento y acción que promueve una mala imagen de sí mismo, el hecho de comer descontroladamente, las acciones compensatorias no saludables y construir al mismo tiempo unas prácticas alimentarias que promuevan la salud física y mental. ▾

14. Pedir al cliente que lea capítulos psicoeducativos de libros o manuales sobre el desarrollo y el tratamiento de los trastornos de la alimentación (por ejemplo, *Overcoming Binge Eating* de Fairburn). ▾

- Pedir al cliente que haga un seguimiento y registre su ingesta de comida, así como sus pensamientos y sus sentimientos (o mandar el ejercicio “*A Reality Journal: Food, Weight, Thoughts and Feelings*” en *Adult Psychotherapy Homework Planner*, 2ª edición, de Jongsma, o “*Daily Record of Dysfunctional Thoughts*” en *Cognitive Therapy of Depression* de Beck, Rush, Shaw y Emery); analizar el material del diario para cuestionar los patrones inadaptados de pensamiento y conducta, y

- Establecer patrones de alimentación regulares comiendo a intervalos regulares y consumiendo como mínimo las calorías diarias necesarias para ir ganando peso progresivamente. (16, 17, 18)
12.  Establecer patrones de alimentación regulares comiendo a intervalos regulares y consumiendo como mínimo las calorías diarias necesarias para ir ganando peso progresivamente. (16, 17, 18)
- Alcanzar y mantener equilibrados los líquidos y los electrolitos así como la reanudación de las funciones reproductivas. (19, 20)
13.  Alcanzar y mantener equilibrados los líquidos y los electrolitos así como la reanudación de las funciones reproductivas. (19, 20)
- Identificar y clasificar las situaciones de alto riesgo que impliquen medidas poco saludables o malas
14.  Identificar y clasificar las situaciones de alto riesgo que impliquen medidas poco saludables o malas
- sustituirlos por alternativas adaptadas. 
- Establecer una ingesta calórica diaria mínima para el cliente y ayudarlo a planificar las comidas. 
16.  Establecer una ingesta calórica diaria mínima para el cliente y ayudarlo a planificar las comidas. 
- Establecer metas de peso sano para el cliente según el índice de masa corporal (IMC = peso corporal en kilos / altura en metros al cuadrado). El rango normal está entre 19 y 24, por debajo de 17 es médicamente crítico), las *Metropolitan Height and Weight Tables* u otros criterios reconocidos. 
17.  Establecer metas de peso sano para el cliente según el índice de masa corporal (IMC = peso corporal en kilos / altura en metros al cuadrado). El rango normal está entre 19 y 24, por debajo de 17 es médicamente crítico), las *Metropolitan Height and Weight Tables* u otros criterios reconocidos. 
- Hacer un seguimiento del peso del cliente y hacer comentarios realistas sobre la delgadez corporal. 
18.  Hacer un seguimiento del peso del cliente y hacer comentarios realistas sobre la delgadez corporal. 
- Hacer un seguimiento de la ingesta de líquidos del cliente y del equilibrio de electrolitos; realizar comentarios realistas sobre el avance hacia la meta del equilibrio. 
19.  Hacer un seguimiento de la ingesta de líquidos del cliente y del equilibrio de electrolitos; realizar comentarios realistas sobre el avance hacia la meta del equilibrio. 
- Derivar al cliente con regularidad al médico para que controle los líquidos y los electrolitos del cliente a causa de sus malos hábitos nutricionales. 
20.  Derivar al cliente con regularidad al médico para que controle los líquidos y los electrolitos del cliente a causa de sus malos hábitos nutricionales. 
- Valorar la naturaleza de los signos externos (por ejemplo, personas, objetos y situaciones) e internos (pensamientos, imágenes e impulsos) que precipitan el comer
21.  Valorar la naturaleza de los signos externos (por ejemplo, personas, objetos y situaciones) e internos (pensamientos, imágenes e impulsos) que precipitan el comer

prácticas para perder peso. (21, 22)

descontroladamente y/o las conductas de control del peso compensatorias. ▾

Orientar y ayudar al cliente a construir una jerarquía de desencadenantes internos y

22. externos de alto riesgo que lleven a comer descontroladamente y/o a tener conductas de control del peso compensatorias. ▾

Pedir al cliente que haga un seguimiento y registre su ingesta de comida, sus pensamientos y sus sentimientos (o mandar el ejercicio “*A Reality Journal: Food, Weight, Thoughts and Feelings*” en *Adult Psychotherapy Homework Planner*, 2ª edición, de

Identificar, cuestionar y reemplazar las reflexiones y las creencias que promueven los trastornos de la alimentación (15, 23, 24)



15.

15. Jongsma, o “*Daily Record of Dysfunctional Thoughts*” en *Cognitive Therapy of Depression* de Beck, Rush, Shaw y Emery); analizar el material del diario para cuestionar los patrones inadaptados de pensamiento y conducta, y sustituirlos por alternativas adaptadas. ▾


Ayudar al cliente a ser más consciente de sus pensamientos automáticos y de las suposiciones subyacentes, los sentimientos asociados y las acciones que le han llevado a comer de forma

23. inadaptada y a recurrir a malas prácticas de control del peso (por ejemplo, mala imagen de sí mismo, imagen corporal distorsionada, perfeccionismo, miedo al fracaso y/o al rechazo, miedo a la sexualidad). ▾

Recurrir a la exposición imaginaria




16. Participar en ejercicios de exposición para reforzar las aptitudes necesarias para controlar el deseo de recurrir a prácticas de control del peso inadaptadas. (25)

25. y prevenir los rituales relacionados con situaciones de alto riesgo para el cliente (por ejemplo, purgarse, hacer demasiado ejercicio); seleccionar exposiciones iniciales que tengan una alta probabilidad de ser una experiencia satisfactoria para el cliente; preparar y ensayar un plan para la sesión; hacer reestructuración cognoscitiva durante y después de la exposición; repasar y analizar la sesión con el cliente (por ejemplo, exposición a comer alimentos con muchos hidratos de carbono y resistirse a las ganas de autoinducirse el vómito). 




17. Realizar como deberes tareas que conlleven experimentos conductuales y/o ejercicios de exposición. (26)

26. Mandar al cliente realizar un ejercicio en el que repita el experimento conductual de la sesión o un ejercicio de exposición entre sesiones y anote sus respuestas; repasar los deberes, hacer reestructuración cognoscitiva, reforzar los logros y aportar correcciones para la mejora. 



18. Hablar de las personas importantes de su vida, pasada y presente, y describir la calidad, buena y mala, de esas relaciones. (27)

27. Realizar una terapia interpersonal, evaluando el “inventario interpersonal” del cliente de relaciones pasadas y presentes importantes e identificar los temas que puedan estar apoyando el trastorno de la conducta alimentaria (por ejemplo, disputas interpersonales, transiciones de roles y/o déficits interpersonales). 

Aprender y poner en práctica técnicas de resolución de problemas

Enseñar al cliente técnicas de resolución de conflictos (por ejemplo, empatía, escucha activa, mensajes en primera persona, comunicación respetuosa,



19. o de conflictos para resolver los problemas interpersonales. (28, 29, 30)

28. reafirmación sin agresividad, transigencia); utilizar la modelización, los juegos de rol y los ensayos de conductas para superar los conflictos actuales.



Ayudar al cliente a resolver sus problemas interpersonales mediante el uso del consuelo y el apoyo, la clarificación de los desencadenantes cognoscitivos y afectivos que inician los conflictos y la resolución activa de problemas.

29. En sesiones conjuntas, ayudar al cliente a resolver sus conflictos interpersonales.



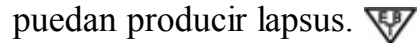
30. Hablar con el cliente sobre la distinción entre un lapsus y una recaída, asociando un lapsus con un retorno inicial y reversible de la dificultad, las ganas o la evitación y la recaída con la decisión de retomar el ciclo de pensamientos y acciones inadaptados (por ejemplo, sentir ansiedad, darse un atracón y luego purgarse).



31. Identificar y ensayar con el cliente el manejo de futuras situaciones o circunstancias en las que se puedan producir lapsus.



32. Enseñar al cliente a utilizar rutinariamente las estrategias aprendidas en la terapia (por ejemplo, exposición continuada a signos externos o internos anteriores) para evitar la recaída.



33. Ayudar al cliente a basar su autoestima no en su imagen



20. Poner en práctica estrategias de prevención de las recaídas para manejar los posibles síntomas de ansiedad futuros. (31, 32, 33, 34)

Establecer las bases para una identidad positiva que no se sustente en el peso


Ayudar al cliente a basar su autoestima no en su imagen

- | | | | |
|-----|--|-----|---|
| 21. | ni el aspecto, sino en el carácter, los rasgos de personalidad, las relaciones y el valor intrínseco. (35) | 35. | logros, sus rasgos de personalidad positivos, la importancia que tiene para los demás y su valor espiritual intrínseco. |
| 22. | Participar en un grupo de tratamiento de los trastornos alimentarios. (36) | 36. | Derivar al cliente a un grupo de apoyo para personas con trastornos alimentarios. |

DIAGNÓSTICOS SUGERIDOS

Eje I:	307.1	Anorexia nerviosa
	307.51	Bulimia nerviosa
	307.50	Trastorno de la conducta alimentaria no especificado
 Eje II:	 301.6	 Trastorno de la personalidad por dependencia
	799.9	Diagnóstico aplazado
	V71.09	Sin diagnóstico

Nota

 indica que los objetivos / intervenciones seleccionados coinciden con los de los tratamientos basados en la evidencia.

TRASTORNO DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS

DEFINICIONES CONDUCTUALES

1. Tendencia a actuar demasiado rápidamente sin pensar de forma calmada, resultando en numerosas consecuencias negativas.
2. Pérdida de control de los impulsos agresivos, lo cual resulta en agresiones, comportamientos autodestructivos o daños a bienes.
3. Deseo de satisfacción casi inmediata, poca capacidad de retrasar el placer o la gratificación.
4. Historial de mal comportamiento en al menos dos ámbitos potencialmente perjudiciales para sí mismo (por ejemplo, gastos económicos, actividad sexual, conducción imprudente, conducta adictiva).
5. Reactividad exagerada ante estimulaciones ligeramente aversivas u orientadas hacia el placer.
6. Una especie de tensión o de arranque afectivo antes de llevar a cabo la conducta impulsiva (por ejemplo, cleptomanía, piromanía).
7. Sensación de placer, gratificación o liberación en el momento de cometer el acto egodistónico e impulsivo.
8. Dificultad en esperar; es decir, impaciencia al hacer cola, hablar de otras personas cuando está en grupo, etc.

METAS A LARGO PLAZO

1. Reducir la frecuencia del comportamiento impulsivo y aumentar la frecuencia del comportamiento más estudiado.
2. Reducir los pensamientos desencadenantes de la conducta impulsiva y aumentar las reflexiones que controlan el comportamiento.
3. Aprender a parar, escuchar y pensar antes de actuar.

OBJETIVOS A CORTO PLAZO

- Identificar las conductas
1. impulsivas que se han tenido en

INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS

- Reparar el patrón conductual del cliente para ayudarlo a identificar claramente su patrón
1. de impulsividad, sin minimización, negación

- Enumerar las razones o recompensas que han llevado a prolongar un patrón impulsivo. (2, 3)
- 2.
- Enumerar las consecuencias negativas para sí mismo y para los demás resultantes del comportamiento impulsivo. (4, 5, 6)
- 3.
- Identificar los antecedentes, los mediadores y las consecuencias de los comportamientos impulsivos. (7, 8)
- 4.
- Verbalizar una conexión clara entre la conducta impulsiva y las consecuencias negativas para sí mismo y para los demás. (5, 9)
- 5.
- Antes de actuar según conductas decididas, comentarlas con un
- ni proyección de culpa.
- Explorar si la conducta impulsiva del cliente se desencadena por la ansiedad y se mantiene por la recompensa de aliviar esta ansiedad.
- 2.
- Pedir al cliente que elabore una lista con las cosas positivas que obtiene con las acciones impulsivas y analizarla con el terapeuta.
- 3.
- Pedir al cliente que escriba una lista con las consecuencias negativas que ha acarreado su impulsividad.
- 4.
- Ayudar al cliente a relacionar su impulsividad con las consecuencias negativas para sí mismo y para los demás.
- 5.
- Confrontar la negativa del cliente de responsabilizarse de su comportamiento impulsivo o de sus consecuencias negativas.
- 6.
- Pedir al cliente que mantenga un registro de sus actos impulsivos (hora, lugar, sentimientos, pensamientos, qué estaba sucediendo antes del acto, y cuál fue el resultado); analizar el contenido de las notas para descubrir los desencadenantes y los elementos reforzadores.
- 7.
- Explorar las experiencias pasadas del cliente para descubrir los desencadenantes cognoscitivos, emocionales y situacionales de sus episodios impulsivos.
- 8.
- Ayudar al cliente a relacionar su impulsividad con las consecuencias negativas para sí mismo y para los demás.
- 5.
- Reforzar que el cliente verbalice que acepta su responsabilidad y la relación entre la conducta impulsiva y sus consecuencias negativas.
- 9.
- Realizar una sesión con el cliente y su pareja

6. decididas, comentarlas con un amigo de confianza o con un miembro de la familia para asegurarse de las posibles consecuencias. (10, 11)
7. Utilizar métodos cognoscitivos para controlar los pensamientos desencadenantes y reducir las reacciones impulsivas antes esos pensamientos desencadenantes. (8, 12, 13)
8. Utilizar ejercicios de relajación para controlar la ansiedad y reducir el consiguiente comportamiento compulsivo. (14)
9. Utilizar estrategias conductuales para manejar la ansiedad. (15, 16)
10. Realizar una sesión con el cliente y su pareja para elaborar un contrato según el cual el cliente pida opinión a otras personas antes de cometer un acto impulsivo.
11. Analizar con el cliente las personas de confianza a las que podría pedir su opinión sobre las acciones que ha decidido realizar; utilizar juegos de rol y modelización para enseñarle a pedir y a aceptar esta ayuda.
8. Explorar las experiencias pasadas del cliente para descubrir los elementos cognoscitivos, emocionales y situacionales que desencadenan los episodios impulsivos.
12. Enseñar al cliente métodos cognoscitivos (detener pensamientos, sustituir pensamientos, reformular, etc.) para aumentar y mejorar el control de los deseos y de las acciones impulsivas.
13. Ayudar al cliente a descubrir los pensamientos disfuncionales que provocan la impulsividad; luego, reemplazar cada pensamiento con otro pensamiento preciso, positivo, que mejore su imagen y adaptativo.
14. Enseñar al cliente técnicas como la relajación progresiva, la autohipnosis o el biofeedback; animarle a relajarse siempre que se sienta incómodo.
15. Enseñar el uso de alternativas conductuales positivas para manejar la ansiedad (por ejemplo, hablar con alguien sobre el estrés, aplicar un “tiempo muerto” para retrasar las reacciones, llamar a un amigo o familiar, realizar ejercicio físico).
16. Repasar la puesta en práctica por parte del cliente de las estrategias para reducir las prisas y la tensión; reforzar los logros y reorientar los fracasos.
- Poner en práctica la fórmula
- Mediante la modelización, los juegos de rol y el ensayo de conductas, enseñar al cliente a

- tú... . Preferiría que ...” (17, 18)
- cuando tú... . Preferiría que...” en situaciones difíciles.
11. Enumerar en una lista situaciones en que el cliente haya puesto en práctica la estrategia de “parar, escuchar, pensar y actuar”, describiendo las consecuencias positivas. (19, 20)
18. Repasar y analizar la puesta en práctica por el cliente de la reafirmación personal, así como los sentimientos relacionados y sus consecuencias.
12. Cumplir las recomendaciones derivadas de una revisión médica sobre la necesidad de una intervención psicofarmacológica. (21, 22)
19. Mediante la modelización, los juegos de rol y el ensayo de conductas, enseñar al cliente a utilizar la estrategia de “parar, escuchar y pensar” antes de actuar en diferentes situaciones actuales.
20. Repasar y analizar el uso diario por parte del cliente del “parar, escuchar, pensar y actuar” en su vida cotidiana e identificar las consecuencias positivas.
21. Derivar al cliente a un médico para que evalúe la necesidad de recetarle medicación psicotrópica.
22. Hacer un seguimiento del cumplimiento del tratamiento recetado, los efectos secundarios y su efectividad; mantener un contacto frecuente con el médico prescriptor.
13. Poner en marcha un sistema de recompensa para premiar la sustitución de acciones impulsivas por una reflexión sobre las consecuencias y una elección de alternativas acertadas. (23, 24)
23. Ayudar al cliente a identificar recompensas que le resulten efectivas para reforzar el abandono de la conducta impulsiva.
24. Ayudar al cliente y a sus personas allegadas a elaborar y poner en marcha un sistema de recompensas para disuadir al cliente de actuar impulsivamente.
14. Asistir a un grupo de autoayuda. (25)
25. Derivar al cliente a un grupo de autoayuda (por ejemplo, un programa en 12 pasos, un grupo de TDAH, *Rational Recovery*, etc.) para poder poner fin a la impulsividad autodestructiva; analizar su experiencia en el grupo.

DIAGNÓSTICOS SUGERIDOS

Eje I:	312.34	Trastorno explosivo intermitente
	312.32	Cleptomanía
	312.31	Juego patológico
	312.39	Tricotilomanía
	312.30	Trastorno del control de los impulsos no especificado
	312.33	Piromanía
	310.1	Cambio de personalidad debido a trastorno del Eje III
Eje II:	301.4	Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad

TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO (TOC)

DEFINICIONES CONDUCTUALES

1. Pensamientos, imágenes o impulsos intrusivos, recurrentes e indeseados, que angustian y/o interfieren con la rutina diaria, el desempeño laboral o las relaciones sociales del cliente.
2. Intentos fallidos de ignorar o controlar estos pensamientos o impulsos o de neutralizarlos con otros pensamientos o acciones.
3. Reconocer que los pensamientos obsesivos son producto de su propia mente.
4. Realizar acciones mentales o conductuales repetitivas y/o excesivas para neutralizar o prevenir la incomodidad o algún resultado temido.
5. Reconocer que los comportamientos repetitivos son excesivos e irrazonables.

METAS A LARGO PLAZO

1. Reducir la frecuencia, intensidad y duración de las obsesiones.
2. Reducir el tiempo invertido en las obsesiones y compulsiones o su interferencia.
3. Funcionar diariamente de forma coherente con una interferencia mínima de las obsesiones y las compulsiones.
4. Resolver los conflictos vitales clave y el estrés emocional que alimentan los patrones de comportamiento compulsivo.
5. Liberarse de los pensamientos, creencias y eventos pasados clave para permanecer más tiempo sin obsesiones ni compulsiones.


OBJETIVOS A CORTO PLAZO

1. Describir el historial y la naturaleza de las obsesiones y las compulsiones. (1, 2)
2. Realizar pruebas psicológicas para evaluar y hacer un seguimiento de la naturaleza y la gravedad de las obsesiones y compulsiones. (3)
3. Cooperar con un médico para evaluar la necesidad de administrar medicación psicotrópica. (4, 5)



INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS

1. Establecer una relación con el cliente que permita construir una alianza terapéutica.

Evaluar la frecuencia, la intensidad, la duración y el historial de obsesiones y compulsiones del cliente (por ejemplo, *The Anxiety Disorders Interview Schedule for the DSM-IV* de DiNardo, Brown y Barlow).
2. Realizar un test de TOC para valorar mejor su profundidad y extensión (por ejemplo, *The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale* de Goodman et al., 1989a, 1989b).
3. Disponer lo necesario para valorar la necesidad de psicotrópicos (por ejemplo, fármacos serotoninérgicos). 
4. Hacer un seguimiento del cumplimiento, los efectos secundarios y la efectividad global




4. Participar en terapia de exposición y prevención de rituales para obsesiones y compulsiones en grupos pequeños. (6)





5. Verbalizar que se comprenden las razones que justifican el tratamiento del TOC. (7, 8)




6. Identificar y sustituir las reflexiones y las creencias sesgadas y temerosas. (9)

de la medicación del cliente; consultar con el médico prescriptor con regularidad. 

6. Apuntar al cliente a una terapia para TOC intensiva (cada día) o no intensiva (una vez a la semana) en grupos pequeños de exposición y prevención de rituales (ver *Obsessive-Compulsive Disorder* de Foa y Franklin). 

7. Pedir al cliente que lea capítulos psicoeducativos de libros o manuales de tratamiento sobre los motivos que justifican la terapia de exposición y prevención de rituales y/o la reestructuración cognoscitiva para el TOC (por ejemplo, *Mastery of Obsessive-Compulsive Disorder* de Kozak y Foa; *Stop Obsessing* de Foa y Wilson). 

8. Hablar de cómo el tratamiento sirve como espacio para desensibilizarse de los miedos aprendidos, contrastar los miedos obsesivos y las creencias subyacentes con la realidad y reforzar su confianza en poder manejar los miedos sin las compulsiones (ver *Mastery of Obsessive-Compulsive Disorder* de Kozak y Foa). 

9. Explorar los esquemas y las reflexiones del cliente que median en sus miedos obsesivos y en su conducta compulsiva, ayudarle a generar pensamientos que corrijan los sesgos (ver *Mastery of Obsessive-Compulsive Disorder* de Kozak y Foa; *Obsessive-*



7. Realizar repetidamente una exposición a los elementos internos o externos temidos. (10, 11, 12)

8. Realizar ejercicios que conlleven la exposición en vivo a los elementos externos y/o internos temidos. (13)

de Kozak y Foa; *Obsessive-Compulsive Disorder* de Salkovskis y Kirk).

10. Evaluar la naturaleza de los elementos externos (por ejemplo, personas, objetos, situaciones) e internos (pensamientos, imágenes, impulsos) que precipitan las obsesiones y las compulsiones del cliente.

11. Orientar y ayudar al cliente en la creación de una jerarquía de elementos internos y externos temidos.

12. Seleccionar exposiciones imaginarias iniciales a los signos de TOC internos o externos que puedan constituir fácilmente una experiencia exitosa para el cliente; realizar una reestructuración cognoscitiva durante y después de la exposición (ver *Mastery of Obsessive-Compulsive Disorder* de Kozak y Foa; *Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder* de McGinn y Sanderson).

13. Mandar un ejercicio al cliente en el que repita la exposición a las señales internas o externas desencadenantes del TOC utilizando cogniciones reestructuradas, que deberá realizar entre sesión y sesión y anotar sus respuestas (o mandar el ejercicio “*Reducing the Strength of Compulsive Behaviors*” en *Adult Psychotherapy Homework Planner*, 2ª edición, de Jongsma); repasar en la próxima sesión, reforzar los logros y aportar comentarios correctivos para la

Obsessive-Compulsive Disorder de Kozak y Foa). ▾

9. ▾ Poner en práctica estrategias de prevención de recaídas para manejar los posibles futuros síntomas de ansiedad. (14, 15, 16, 17)
14. Hablar con el cliente sobre la distinción entre un lapsus y una recaída, asociando el lapsus con un retorno inicial y reversible de los síntomas, miedos o ganas de evitar algo y la recaída con la decisión de retomar los patrones de miedo y evitación. ▾
15. Identificar y ensayar con el cliente el manejo de futuras situaciones o circunstancias en que se pueden producir lapsus. ▾
16. Enseñar al cliente a usar rutinariamente las estrategias aprendidas en la terapia (por ejemplo, exposición continuada a elementos externos o internos temidos) para evitar la recaída en los patrones obsesivos-compulsivos. ▾
17. Programar sesiones periódicas de “mantenimiento” para ayudar al cliente a mantener los beneficios terapéuticos y adaptarse a la vida sin TOC (ver en Hiss, Foa y Kozak, 1994, una descripción de estrategias de prevención de recaídas para el TOC). ▾
10. ▾ Poner en práctica la técnica de detener los pensamientos para reducir la frecuencia de pensamientos obsesivos. (18, 19)
18. Enseñar al cliente a interrumpir los pensamientos obsesivos mediante la técnica de detener los pensamientos, gritándose a sí mismo STOP en silencio, dibujando al mismo tiempo la señal de tráfico roja y luego pensando en una escena relajante. ▾
- Pedir al cliente que ponga en

- práctica a diario entre sesiones la técnica para detener los pensamientos (o mandar el ejercicio “*Making Use of the Thought-Stopping Technique*” en *Adult Psychotherapy Homework Planner*, 2ª edición, de Jongsma); repasar su puesta en práctica, reforzar los logros y reorientar los fracasos. ▾
11. Identificar los conflictos vitales clave que provocan ansiedad. (20, 21, 22)
12. Verbalizar y clarificar los sentimientos relacionados con los conflictos vitales clave. (23)
13. Poner en práctica una tarea eriksoniana para interferir con el TOC. (24)
19. Explorar las circunstancias vitales del cliente para ayudarle a identificar los conflictos no resueltos.
20. Leer con el cliente la fábula “*The Friendly Forest*” o “*Round in Circles*” de Friedman’s Fables (Friedman) y luego analizarlas mediante las preguntas para la discusión.
21. Pedir al cliente que lea o leerle la historia “*The Little Clock That Couldn’t Tell Time*” o “*The Little Centipede Who Didn’t Know How to Walk*” de *Stories for the Third Ear* (Wallas); analizar las historias aplicables a la vida actual del cliente.
22. Animar, apoyar y ayudar al cliente a identificar y expresar los sentimientos relacionados con sus problemas vitales no resueltos.
23. Elaborar y mandar al cliente una tarea eriksoniana (por ejemplo, si está obsesionado con una pérdida, dar la tarea al cliente de visitar, enviar una tarjeta o llevar flores a una persona que haya perdido a alguien) centrada alrededor de la obsesión o la compulsión y valorar

14. Realizar una ordalía estratégica para superar los impulsos del TOC. (25)

15. Desarrollar y poner en práctica un ritual diario que interrumpa el patrón de compulsiones actual. (26)


25. Crear y vender una ordalía estratégica que ofrezca al cliente la cura garantizada de la obsesión o la compulsión. (Tener en cuenta que Haley destaca que la “cura” ofrece una intervención para alcanzar un objetivo y que no es una promesa de curar al cliente al inicio de la terapia. Ver *Ordeal Therapy de Haley*).

26. Ayudar al cliente a crear y poner en práctica un ritual (por ejemplo, encontrar una tarea que el cliente considere necesaria pero muy desagradable y pedirle que haga esa tarea cada vez que sus pensamientos se vuelvan demasiado obsesivos); hacer un seguimiento con el cliente del resultado de su puesta en práctica y realizar los ajustes necesarios.

DIAGNÓSTICOS SUGERIDOS

Eje I:	300.3	Trastorno obsesivo-compulsivo
	300.00	Trastorno de ansiedad no especificado
	296.xx	Trastorno depresivo mayor
Eje II:	301.7	Trastorno antisocial de la personalidad
	301.83	Trastorno límite de la personalidad
	799.9	Diagnóstico aplazado
	V71.09	Sin diagnóstico

Nota

 indica que los objetivos / intervenciones seleccionados coinciden con los de los tratamientos basados en la evidencia.

TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN (TDA) – ADULTO

DEFINICIONES CONDUCTUALES

1. Historial infantil de Trastorno por Déficit de Atención (TDA) diagnosticado o detectado más tarde debido a síntomas de problemas conductuales en la escuela, impulsividad, arrebatos de mal genio y falta de concentración.
2. Incapaz de concentrarse o de prestar atención a cosas que le interesan poco, incluso cuando esas cosas son importantes en su vida.
3. Se distrae y se cansa fácilmente al realizar tareas a mano.
4. Inquieto y nervioso; incapaz de permanecer tranquilo más de un rato.
5. Impulsivo, con un patrón fácilmente observable de actuar primero y pensar después.
6. Rápidos cambios de estado de ánimo e inestabilidad en intervalos cortos de tiempo.
7. Desorganizado en la mayor parte de ámbitos de su vida.
8. Empieza muchos proyectos pero raramente termina alguno.
9. Tiene poco aguante y “poca mecha”.
10. Muestra poca tolerancia al estrés; se siente fácilmente frustrado, fastidiado o disgustado.
11. Baja autoestima crónica.
12. Tendencia hacia comportamientos adictivos.

METAS A LARGO PLAZO

1. Reducir las acciones impulsivas y aumentar la concentración y la capacidad de centrarse en actividades de poco interés.
2. Minimizar la interferencia conductual del TDA en la vida diaria.
3. Aceptar el TDA como un problema crónico y la necesidad de tomar la medicación de manera continuada.
4. Mantener la atención y la concentración durante periodos de tiempo cada vez más largos.
5. Alcanzar un nivel satisfactorio de equilibrio, estructura e intimidad en la vida personal.

OBJETIVOS A CORTO PLAZO

1. Cooperar en la realización de un test psicológico. (1)
2. Cooperar en la realización de una evaluación psiquiátrica. (2)
3. Cumplir todas las recomendaciones basadas en las evaluaciones psiquiátricas y/o psicológicas. (3, 4)
4. Tomar la medicación según se ha recetado, de forma habitual y constante. (5, 6)

INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS

1. Disponer lo necesario para que el cliente realice un test psicológico para determinar o descartar el Trastorno por Déficit de Atención (TDA); comentar los resultados del test.
2. Disponer lo necesario para que el cliente realice una evaluación psiquiátrica para valorar la necesidad de tomar medicamentos psicotrópicos.
3. Analizar los resultados de la evaluación psiquiátrica y/o del test psicológico con el cliente y responder a todas las preguntas que puedan surgir.
4. Llevar a cabo una sesión conjunta con el cliente y sus personas allegadas para presentar los resultados de las evaluaciones psicológicas y psiquiátricas. Responder a las preguntas que puedan tener y pedirles su apoyo en el manejo del trastorno del cliente.
5. Hacer un seguimiento y evaluar el cumplimiento de la medicación psicotrópica recetada y la efectividad de la medicación en el funcionamiento del cliente.

5. Identificar los beneficios concretos de tomar la medicación recetada a largo plazo. (7, 8, 9)
6. Contactar de manera regular al psiquiatra del cliente para evaluar la efectividad de la medicación.
7. Pedir al cliente que anote en una hoja las ventajas e inconvenientes de seguir con la medicación aún encontrándose bien; analizar los resultados.
8. Animar y apoyar al cliente a seguir tomando la medicación y confrontar de manera amable pero también firme las ideas de abandonar la medicación cuando aparezcan.
9. Pedir al cliente que escriba en una lista los efectos positivos que se han producido desde el inicio de la medicación.
6. Leer material informativo sobre el TDA para conocer mejor el trastorno. (10)
10. Pedir al cliente que lea material sobre el TDA (por ejemplo, *Driven to Distraction* de Hallowell y Ratey; *The Hyperactive Child, Adolescent and Adult* de Wender; *Putting on the Brakes* de Quinn y Stern; *You Mean I'm Not Lazy, Stupid or Crazy* de Kelly y Ramundo); analizar el material leído.
7. Identificar los comportamientos específicos del TDA que le causan más dificultades. (11, 12, 13)
11. Ayudar al cliente a identificar los comportamientos específicos que le causan más dificultades.
12. Revisar de nuevo los resultados de las pruebas psicológicas y/o las evaluaciones psiquiátricas con el cliente para ayudarlo a elegir o a confirmar los comportamiento(s) más problemático(s) que hay que resolver.
13. Pedir al cliente que solicite a miembros de su familia extendida o a sus parientes cercanos que hagan una lista de los tres comportamientos que según ellos interfieren más en su funcionamiento diario (por ejemplo, cambios de humor, arranques de mal genio, facilidad en estresarse, intervalos de atención cortos, no finalización de proyectos).
8. Enumerar las consecuencias negativas de la conducta problemática del TDA. (14)
14. Pedir al cliente que escriba una lista de consecuencias negativas que haya experimentado o que podrían producirse si siguiera con el comportamiento problemático; analizar la lista.

- Aplicar técnicas de resolución de conflictos para comportamientos específicos del TDA que interfieran con el funcionamiento diario del cliente. (15, 16)
9. Enseñar al cliente técnicas de resolución de problemas (es decir, identificar el problema, lluvia de ideas con todas las posibles opciones, evaluar cada opción, seleccionar la mejor opción, poner en práctica una acción y evaluar los resultados) que se pueden aplicar a sus comportamientos de TDA.
15. Mandar al cliente unos ejercicios de resolución de problemas específicos para los comportamientos identificados (es decir, control de los impulsos, arrebatos de mal genio, cambios de humor, concentración en una tarea, atención); analizar el ejercicio una vez realizado y realizar los comentarios pertinentes al cliente.
16. Utilizar estrategias cognoscitivas para frenar el comportamiento impulsivo. (17)
10. Enseñar al cliente la estrategia de auto-control consistente en “parar, escuchar, pensar y actuar” y mensajes de auto-reflexión para resolver los problemas. Realizar ejercicios de rol con estas técnicas para que las conozca mejor.
17. Establecer un periodo específico y limitado en el que se permitan impulsos que no sean autodestructivos. (18)
11. Estructurar un momento indulgente cada semana durante el cual el cliente puede hacer todo lo que quiera sin que sea autodestructivo (por ejemplo, ponerse música a todo volumen o atiborrarse de helado).
18. Utilizar el “aislamiento” para alejarse de determinadas situaciones y pensar en reacciones conductuales alternativas y en sus consecuencias. (19)
12. Enseñar al cliente a utilizar una inter-vención de “aislamiento” que le permita calmarse alejándose de la situación y tranquilizándose para pensar en alternativas conductuales y sus consecuencias.
19. Poner en práctica procedimientos de relajación para reducir la tensión y la agitación física. (20)
13. Enseñar al cliente diferentes técnicas de relajación (por ejemplo, respiración profunda, meditación, imágenes guiadas) y animarle a usarlas a diario o cuando aumente el estrés.
20. Premiarse cuando la impulsividad, la inatención o la distracción se sustituyan por alternativas positivas.
14. Diseñar y poner en práctica un sistema de auto-recompensa para reforzar y animar al cliente a reducir la impulsividad, el mal genio, la falta de atención, etc.
- 21.

(21, 22)

- Utilizar el biofeedback de ondas cerebrales para
22. Enseñar al cliente a utilizar una estructura externa (por ejemplo, listas, recordatorios, archivos, rituales diarios) para reducir los efectos de su falta de atención y de sus distracciones; animar al cliente a premiarse a sí mismo cuando recuerde y termine las cosas.
15. mejorar el control de los impulsos y reducir las distracciones. (23, 24)
16. Derivar al cliente o realizar con él biofeedback de ondas cerebrales para mejorar el intervalo de atención, el control de los impulsos y la regulación del estado de ánimo.
24. Animar al cliente a transferir las técnicas de biofeedback de relajación y de concentración cognoscitiva a situaciones cotidianas (por ejemplo, en casa, en el trabajo, en sociedad).
16. Percibir una reducción en las afirmaciones y en los sentimientos negativos sobre uno mismo y sobre la vida. (25)
25. Realizar sesiones conjuntas en las que se identifiquen y se afirmen los aspectos positivos de la pareja, el cliente y sus personas queridas.
17. Introducir comportamientos en la vida que mejoren la salud y/o sean útiles para los demás. (26, 27)
26. Dirigir al cliente hacia adicciones sanas (por ejemplo, ejercicio, trabajo voluntario, servicios comunitarios).
18. Participar en un grupo de apoyo de TDA. (28)
27. Previa autorización del médico de cabecera del cliente, derivarle a un entrenador físico que pueda prepararle una rutina de ejercicios aeróbicos.
28. Derivar al paciente a una terapia de grupo para adultos con TDA para mejorar su comprensión, reforzar su autoestima y hablar del tema con otras personas.
19. Recurrir a un coach instruido por el terapeuta para mejorar la organización y la concentración en las tareas. (29, 39)
29. Orientar al cliente en la elección de un *coach* (un amigo o colega) que le ayude a organizarse, a realizar las tareas y que le anime y le apoye (ver *Driven to Distraction* de Hallowell y Ratey).

20. Manifestar una mejora en la capacidad de escuchar sin estar a la defensiva. (31)
21. Que una persona allegada participe en un grupo de apoyo a personas con TDA para comprender mejor este trastorno. (32)
22. Manifestar una mejora en la comunicación, la comprensión y los sentimientos de confianza entre el cliente y su pareja. (33, 34, 35, 36)
23. Elaborar una señal que actúe como sistema de alerta y que indique que el nivel de enfado con la pareja está subiendo. (37)
30. Enseñar al coach la técnica HOPE (según las siglas en inglés, esperanza, obligaciones, planes y ánimo) descrita en *Driven to Distraction* de Hallowell y Ratey.
31. Utilizar juegos de rol y modelos para enseñar al cliente a escuchar y aceptar los comentarios de los demás sobre su comportamiento.
32. Informar sobre el TDA a la persona allegada y animarle a participar en un grupo de apoyo.
33. Pedir al cliente y a su pareja que enumeren las expectativas que tienen con respecto a su relación y a la otra persona. Analizar la lista en una sesión conjunta centrándose en cómo cumplir las expectativas y en si son realistas o no.
34. Ayudar al cliente y a su pareja a eliminar las barreras de comunicación y a desarrollar nuevas habilidades comunicativas.
35. Derivar al cliente y a su pareja a un seminario para mejorar la comunicación en pareja y aprender técnicas para la resolución de conflictos.
36. Pedir al cliente y a su pareja que reserven un momento cada día para dedicarlo a comunicarse, a expresarse cariño, a divertirse o a hablar de los problemas. Hacer que esta tarea se convierta en un ritual diario.
37. Ayudar al cliente y a su pareja a desarrollar un sistema de señales como modo de reacción cuando las conductas conflictivas y el enfado empiecen a aumentar.

DIAGNÓSTICOS SUGERIDOS

Eje I:	314.00	Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, Tipo con predominio del déficit de atención
	314.01	Trastorno por déficit de atención con hiperactividad Tipo con predominio hiperactivo-impulsivo
	314.9	Trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado
	296.xx	Trastorno bipolar I
	301.13	Trastorno ciclotímico
	296.90	Trastorno del estado de ánimo no especificado
	312.30	Trastorno del control de los impulsos no especificado
	303.90	Dependencia del alcohol
	305.00	Abuso de alcohol
	304.30	Dependencia de cannabis
	305.2	Abuso de cannabis

TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (TEPT)

DEFINICIONES CONDUCTUALES

1. Exposición a una muerte real, amenazas de muerte o heridas graves que han provocado una respuesta emocional intensa de miedo, impotencia u horror.
2. Pensamientos o imágenes intrusivas y angustiantes que recuerdan un acontecimiento traumático.
3. Sueños perturbadores relacionados con el acontecimiento traumático.
4. Sensación de que se repite el acontecimiento, como en una ilusión o un flashback.
5. Angustia intensa al exponerse a algo que recuerda el acontecimiento traumático.
6. Reacciones fisiológicas al estar expuesto a señales internas o externas que simbolizan el acontecimiento traumático.
7. Evitación de pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el acontecimiento traumático.
8. Evitación de actividades, lugares o personas asociadas con el acontecimiento traumático.
9. Incapacidad de recordar algún aspecto importante del acontecimiento traumático.
10. Falta de interés y de participación en actividades importantes.
11. Sensación de desapego de los demás.
12. Incapacidad de experimentar toda la gama de emociones, incluido el amor.
13. Actitud pesimista y fatalista con respecto al futuro.
14. Trastorno del sueño.
15. Irritabilidad.
16. Falta de concentración.
17. Hipervigilancia.
18. Respuesta sobresaltada exagerada.
19. Afecto de tristeza o culpa y otros signos de depresión.
20. Abuso de alcohol y/o drogas.
21. Pensamientos suicidas.
22. Patrón de conflicto interpersonal, especialmente en las relaciones íntimas.
23. Amenazas de comportamiento verbal y/o físicamente violento.
24. Incapacidad de mantener un empleo por un conflicto con el supervisor / compañero debido a los síntomas de ansiedad.
25. Síntomas presentes durante más de un mes.

METAS A LARGO PLAZO


1. Reducir el impacto negativo que el acontecimiento traumático ha tenido en varios aspectos de la vida y volver al nivel de funcionamiento anterior al trauma.
2. Desarrollar y poner en práctica técnicas de manejo efectivas para asumir las responsabilidades normales y participar constructivamente en las relaciones.
3. Recordar el acontecimiento traumático sin sentirse abrumado por pensamientos, sentimientos o deseos negativos.
4. Poner fin a los comportamientos destructivos que sirven para mantener la fuga y la negación e implementar comportamientos que promuevan la curación, la aceptación de los acontecimientos pasados y una vida responsable.

OBJETIVOS A CORTO PLAZO

1. Describir el historial y la naturaleza de los síntomas de TEPT. (1, 2)
2. Realizar pruebas psicológicas para evaluar y hacer un seguimiento de la naturaleza y la gravedad de los síntomas de TEPT. (3)

INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS

1. Establecer una relación con el cliente para construir una alianza terapéutica.
Evaluar la frecuencia, la intensidad, la duración y el historial de síntomas de TEPT del cliente y su impacto en su funcionamiento (o mandar el ejercicio “*How the Trauma Affects Me*” en *Adult Psychotherapy Homework Planner*, 2ª edición, de Jongsma; ver también *The Anxiety Disorders Interview Schedule for the DSM-IV* de DiNardo, Brown y Barlow).
2. Administrar o derivar al cliente para que le administren pruebas psicológicas para evaluar la presencia y la intensidad de los síntomas de TEPT (por ejemplo, el *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 [MMPI-2]*, *Impact of Events Scale*, *PTSD Symptom Scale* o *Mississippi Scale for Combat Related PTSD*).
3. Explorar con tacto y sensibilidad

3. Describir el acontecimiento traumático con el máximo detalle posible. (4)
4. Verbalizar los síntomas de depresión, incluida cualquier ideación suicida. (5)
5. Proporcionar información honesta y completa para poder elaborar un historial biopsicosocial de dependencia de sustancias. (6, 7, 8)
6. Cooperar con un médico que realice una evaluación para valorar la necesidad de administrar psicotrópicos. (9, 10)
4. los recuerdos sobre el incidente traumático del cliente y sus reacciones emocionales en aquel momento (o mandar el ejercicio “*Share the Painful Memory*” en *Adult Psychotherapy Homework Planner*, 2ª edición, de Jongsma).
Evaluar la profundidad de la depresión y del potencial suicida del cliente y tratarlo adecuadamente, tomando las precauciones necesarias indicadas (ver los capítulos sobre Depresión e Idea-ción suicida en este mismo libro).
5. Evaluar al cliente para determinar la presencia de una dependencia de sustancias asociada con el trauma.
6. Usar el historial biopsicosocial para ayudar al cliente a comprender los factores familiares, emocionales y sociales que contribuyeron al desarrollo de la dependencia de las sustancias.
Derivar al cliente a un tratamiento de la dependencia de sustancias (ver el capítulo sobre Dependencia de sustancias en este mismo libro).
7. Evaluar la necesidad del cliente de tomar medicación (por ejemplo, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina) y disponer lo necesario para que se le recete si procede. 
8. Hacer un seguimiento y evaluar el cumplimiento de la medicación por parte del cliente y su
- 9.
- 10.





7. Verbalizar que se comprende exactamente el TEPT y su desarrollo. (11, 12)

efectividad en su nivel de funcionamiento.

11. Explicar que el TEPT es resultado de la exposición a un trauma, que resulta en unos recuerdos intrusivos, miedos injustificados, ansiedad y vulnerabilidad ante otras emociones negativas como la vergüenza, la ira y la culpa.

12. Pedir al cliente que lea capítulos psicoeducativos de libros o manuales de tratamiento sobre el TEPT que expliquen las características y el desarrollo de este trastorno (por ejemplo, *Coping with Trauma* de Allen).

Comentar que las técnicas de enfrentamiento, la reestructuración cognoscitiva y la exposición ayudan a reforzar la confianza, a desensibilizar y a superar los miedos, así como a verse a uno mismo y al mundo de un modo menos temeroso y/o deprimente.



8. Verbalizar que se comprenden las causas que justifican el tratamiento del TEPT. (13, 14)

13. Pedir al cliente que lea sobre la inoculación del estrés, la reestructuración cognoscitiva y/o la terapia basada en la exposición en capítulos de libros o manuales de tratamiento sobre el TEPT (por ejemplo, *Reclaiming Your Life After Rape* de Rothbaum y Foa; *I Can't Get Over It* de Matsakis).

Enseñar al cliente estrategias pertenecientes a la formación en inoculación del estrés, como la relajación, el control de la respiración, la modelización

Aprender y poner en práctica estrategias de



9. relajación y de enfrentamiento para manejar las situaciones difíciles relacionadas con el trauma. (15, 16)

15. encubierta (es decir, imaginar el uso exitoso de las estrategias) y/ o los juegos de rol (con el terapeuta o una persona de confianza) para manejar los miedos hasta que el control sea patente (ver *A Clinical Handbook for Treating PTSD* de Meichenbaum).

Explorar los esquemas y las reflexiones del cliente que median en los miedos relacionados con el trauma;

16. cuestionar los sesgos negativos y ayudarle a generar valoraciones que corrijan los sesgos y refuercen la confianza.



Mandar un ejercicio al cliente en el que identifique sus reflexiones temerosas y cree alternativas basadas en la realidad; repasar y reforzar los logros, aportando los comentarios correctivos a los fracasos (ver “*Negative Thoughts Trigger Negative Feelings*” en *Adult Psychotherapy Homework Planner*, 2ª edición, de Jongsma; *Reclaiming Your Life After Rape* de Rothbaum y Foa).

17. Mandar un ejercicio al cliente en el que realice un ejercicio de exposición y anote sus respuestas (ver “*Gradually Reducing Your Phobic Fear*” en *Adult*



11. Participar en exposiciones imaginarias y en vivo a los recuerdos relacionados con el trauma hasta que hablar o pensar en el trauma no cause una aflicción notable. (18, 19, 20)

18. Orientar y ayudar al cliente a construir una jerarquía de los miedos y las evitaciones en torno a los estímulos relacionados con el trauma.

Mandar un ejercicio al cliente en el que realice un ejercicio de exposición y anote sus respuestas (ver “*Gradually Reducing Your Phobic Fear*” en *Adult*

19. *Psychotherapy Homework Planner*, 2ª edición, de Jongsma; *Posttraumatic Stress Disorder* de Resick y Calhoun); repasar y reforzar los logros, superar los obstáculos. ▾

Hacer que el cliente realice una exposición imaginaria al trauma pidiéndole que describa una experiencia traumática con un nivel de detalle creciente pero elegido por él; repetir hasta que la

20. ansiedad asociada se reduzca y se estabilice. Grabar la sesión y hacer que el cliente la escuche entre sesiones (ver *Posttraumatic Stress Disorder* de Resick y Calhoun); repasar y reforzar los logros, superar los obstáculos. ▾

Enseñar al cliente la técnica de detener los pensamientos, en la que debe pronunciar internamente la palabra “Stop” y/o imaginar algo que represente el concepto de parar (por ejemplo, un semáforo rojo o una señal) inmediatamente al percibir pensamientos indeseados sobre el trauma u otros pensamientos negativos indeseados (o mandar el ejercicio “*Making Use of the Thought-Stopping Technique*” en *Adult Psychotherapy Homework Planner*, 2ª edición, de Jongsma). ▾

21. Enseñar al cliente el procedimiento de autodiálogo guiado, en el que aprenda a reconocer las reflexiones inadaptadas, cuestionar sus sesgos, manejar los sentimientos engendrados, superar la evitación



12. Aprender y poner en práctica la técnica de detener los pensamientos para manejar los pensamientos intrusivos indeseados. (21)




13. Aprender y poner en práctica el autodiálogo guiado para manejar los pensamientos, los sentimientos y los deseos


despertados por los estímulos relacionados con el trauma. (22)





14. Poner en práctica estrategias de prevención de recaídas para manejar los posibles futuros síntomas relacionados con el trauma. (23, 24, 25, 26)


15. Cooperar con la técnica de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR) para reducir la reacción emocional ante

y reforzar sus logros (ver *Posttraumatic Stress Disorder* de Re-sick y Calhoun); repasar y reforzar los logros, superar los obstáculos. 

23. Comentar con el cliente la diferencia entre un lapsus y una recaída, asociando el lapsus con un retorno inicial y reversible a los síntomas, el miedo o las ganas de evitar y la recaída con la decisión de retomar los patrones de miedo y evitación. 

24. Identificar y ensayar con el cliente el manejo de futuras situaciones o circunstancias en las que se podrían producir lapsus. 

25. Enseñar al cliente a usar rutinariamente las estrategias aprendidas en la terapia (por ejemplo, usar la reestructuración cognoscitiva, las aptitudes sociales y la exposición) construyendo al mismo tiempo interacciones y relaciones sociales. 

26. Elaborar una tarjeta u otro material de recordatorio con las estrategias de manejo y otra información importante (por ejemplo, “Respira más lentamente”, “Céntrate en la tarea que tienes entre manos”, “Puedes hacerlo” y “Se te pasará”) anotadas para su uso posterior por parte del cliente. 

27. Utilizar la técnica de EMDR para reducir las reacciones emotivas del cliente ante el acontecimiento traumático.

- el acontecimiento traumático. (27)
16. Reconocer la necesidad de poner en práctica técnicas de control de la ira; aprender y poner en práctica técnicas de manejo de la ira. (28, 29)
17. Poner en práctica un régimen de ejercicio regular como técnica para liberar el estrés. (30, 31)
18. Dormir sin soñar perturbadoramente con el trauma. (32)
19. Participar en sesiones de terapia de pareja y/o familiar. (33)
20. Participar en sesiones de terapia en grupo centradas en el TEPT. (34)
21. Verbalizar que se comprende el impacto negativo que ha tenido el
28. Evaluar al cliente en busca de situaciones de mal manejo de la ira que hayan provocado amenazas o violencia real causando daños a bienes y/o lesiones a personas.
29. Enseñar al cliente técnicas de manejo de la ira (ver el capítulo sobre Manejo de la ira en este mismo libro).
30. Desarrollar una rutina de ejercicio físico para el cliente y animarle a seguirla.
31. Recomendar al cliente leer y poner en práctica algunos programas de *Exercising Your Way to Better Mental Health* (Leith).
32. Hacer un seguimiento del patrón de sueño del cliente y animarle a usar la relajación, las imágenes positivas y una buena higiene del sueño para que le ayuden a dormir (ver el capítulo sobre Trastorno del sueño en este mismo libro).
33. Realizar sesiones familiares y de pareja para facilitar la curación del dolor causado por los síntomas del TEPT del cliente.
34. Derivar al cliente o realizar con él sesiones de terapia en grupo centradas en compartir los acontecimientos traumáticos y sus efectos con el resto de personas que lo sufren.
35. Explorar el historial laboral del cliente y tratar sus problemas

21. TEPT en el funcionamiento laboral. (35)

22. Verbalizar afirmaciones esperanzadas y positivas sobre el futuro. (36)


35. capítulo sobre Estrés profesional en este mismo libro).

36. Reforzar los mensajes cognoscitivos basados en la realidad y positivos del cliente que mejoren la confianza en sí mismo y aumenten la acción adaptativa.

DIAGNÓSTICOS SUGERIDOS

Eje I:	309.81	Trastorno por estrés postraumático
	300.14	Trastorno de identidad disociativo
	300.6	Trastorno de despersonalización
	300.15	Trastorno disociativo no especificado
	995.54	Abuso físico del niño, víctima
	995.81	Abuso físico del adulto, víctima
	995.53	Abuso sexual del niño, víctima
	995.83	Abuso sexual del adulto, víctima
	308.3	Trastorno por estrés agudo
	304.80	Dependencia de varias sustancias
	305.00	Abuso de alcohol
	303.90	Dependencia del alcohol
	304.30	Dependencia de cannabis
	304.20	Dependencia de cocaína
	304.00	Dependencia de opiáceos
	296.xx	Trastorno depresivo mayor
Eje II:	301.83	Trastorno límite de la personalidad
	301.9	Trastorno de la personalidad no especificado

Nota

 indica que los objetivos / intervenciones seleccionados coinciden con los de los tratamientos basados en la evidencia.

TRASTORNO DEL SUEÑO

DEFINICIONES CONDUCTUALES

1. Se queja de que le cuesta conciliar el sueño.
2. Se queja de que le cuesta permanecer dormido.
3. Afirma dormir adecuadamente, pero no se siente fresco ni descansado al despertarse.
4. Muestra somnolencia diurna o se queda dormido con demasiada facilidad durante el día.
5. Se queja de insomnio o hipersomnia debido a un cambio total del esquema normal de vigilia y sueño.
6. Afirma sentirse angustiado porque se despierta repetidamente con el recuerdo detallado de sueños sumamente aterradores en los que se ve amenazado.
7. Experimenta despertares repentinos con gritos de pánico seguidos por una intensa ansiedad y un despertar autónomo, sin recuerdos detallados de ningún sueño, y confundido y desorientado.
8. Según otras personas, ha tenido repetidos episodios de sonambulismo acompañados por amnesia sobre el episodio.

METAS A LARGO PLAZO

1. Restablecer un patrón de sueño descansado.
2. Sentirse fresco y enérgico durante las horas de vigilia.
3. Poner fin a los sueños que producen ansiedad y que provocan el despertar.
4. Terminar con los despertares súbitos aterrizados y recuperar un patrón de sueño tranquilo y descansado.
5. Restablecer un sueño descansado con menos incidentes de sonambulismo.

OBJETIVOS A CORTO PLAZO

1. Describir el historial y los detalles del patrón de sueño. (1, 2)







2. Compartir la historia de abuso de sustancias o consumo de medicamentos. (3)

INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS

Evaluar la naturaleza exacta del patrón de sueño, incluyendo la rutina al acostarse, las actividades asociadas con la cama, el nivel de actividad mientras está despierto, los hábitos nutritivos incluyendo el consumo de estimulantes, las siestas, las horas reales de sueño, el ritmo de las horas de vigilia y de sueño, etcétera.

1. Pedir al cliente que escriba un diario con sus patrones de sueño, factores estresantes, pensamientos, sentimientos y actividades asociados con acostarse, y otros factores relevantes relativos al cliente asociados posiblemente con los problemas de sueño; analizar los detalles sobre el ciclo de sueño-vigilia de todo este material.
2. Evaluar la contribución de la medicación o del abuso de sustancias del cliente a su trastorno del sueño; derivarle a un tratamiento de la dependencia de sustancias, si procede (ver el capítulo sobre Dependencia de

3. Evaluar la contribución de la medicación o del abuso de sustancias del cliente a su trastorno del sueño; derivarle a un tratamiento de la dependencia de sustancias, si procede (ver el capítulo sobre Dependencia de

- | | | | |
|--|---|-----------|---|
| <p>3.</p> | <p>Verbalizar los sentimientos de depresión o ansiedad y compartir las posibles causas. (4)</p> | <p>4.</p> | <p>Evaluar el papel de la depresión o de la ansiedad como causante del trastorno del sueño del cliente (ver los capítulos sobre Depresión o Ansiedad en el presente libro).</p> |
| <p></p> | <p>Pedir cita a un médico para que valore si hay factores orgánicos que contribuyen al trastorno del sueño y la necesidad de tomar medicación psicotrópica. (5)</p> | <p>5.</p> | <p>Derivar al cliente a un médico para descartar causas físicas o farmacológicas del trastorno del sueño y considerar la necesidad de hacer un estudio en un laboratorio del sueño o de recetar medicación psicotrópica. </p> |
| <p></p> | <p>Tomar la medicación psicotrópica según se ha recetado para valorar su efecto sobre el sueño. (6)</p> | <p>6.</p> | <p>Hacer un seguimiento del cumplimiento, la efectividad y los efectos secundarios de la medicación psicotrópica recetada al del cliente. </p> |
| <p></p> | <p>Aprender y poner en práctica estrategias de control de los estímulos para establecer un ritmo constante de sueño y vigilia. (7, 8, 9, 10)</p> | <p>7.</p> | <p>Comentar con el cliente las razones que justifican el uso de estrategias de control de los estímulos para establecer un ciclo de sueño y vigilia constante (ver <i>Behavioral Treatments for Insomnia</i> de Bootzin y Nicassio). </p> |
| | | <p>8.</p> | <p>Enseñar al cliente técnicas de control de los estímulos (por ejemplo, echarse a dormir sólo cuando esté somnoliento; no utilizar la cama para actividades como ver la televisión, leer o escuchar música, sino sólo para dormir o para actividades sexuales; salir de la cama si le cuesta conciliar el sueño una vez acostado; echarse cuando se sienta somnoliento; poner el despertador a la misma hora cada mañana independientemente de las horas o la calidad del sueño;</p> |



7. Tener una buena higiene del sueño. (11)



8. Aprender y poner en práctica técnicas de relajación para el momento de acostarse. (12, 13)

no hacer siestas durante el día); pedirle que ponga estas técnicas en práctica sistemáticamente.

9. Enseñar al cliente a desplazar las actividades asociadas con el despertar y la activación (por ejemplo, leer algo estimulante, repasar los eventos del día, planificar el día siguiente, mirar programas de televisión inquietantes) del momento de acostarse a otros momentos del día.

10. Hacer un seguimiento de los patrones de sueño del cliente y del cumplimiento de las instrucciones sobre el control de los estímulos; superar los obstáculos y reforzar la implementación exitosa y sistemática.

11. Enseñar al cliente prácticas de buena higiene del sueño como reducir la ingesta excesiva de líquidos, la comida muy condimentada o demasiado copiosa por la noche; hacer ejercicio con regularidad, pero no en las 3 ó 4 horas previas a acostarse; minimizar o evitar la cafeína, el alcohol, el tabaco y los estimulantes (o mandar el ejercicio “*Sleep Pattern Record*” en *Adult Psychotherapy Homework Planner*, 2ª edición, de Jongsma).



12. Enseñar al cliente técnicas de relajación (por ejemplo, relajación muscular progresiva, imágenes guiadas, respiración diafragmática lenta); enseñar al cliente a aplicar estas técnicas para facilitar su

(12, 13)

relajación y la conciliación del sueño al acostarse. ▾



9. Identificar, cuestionar y sustituir las reflexiones asociadas con el trastorno del sueño con reflexiones positivas, realistas y tranquilizadoras. (14, 15)

13. Derivar al cliente o realizar con él formación en biofeedback para reforzar una buena respuesta a la relajación. ▾

14. Explorar los esquemas y las reflexiones del cliente que median en sus respuestas emocionales contraproducentes para el sueño (por ejemplo, miedos, preocupación por el insomnio), cuestionar los sesgos; ayudarle a reemplazar los mensajes distorsionados con alternativas basadas en la realidad y con reflexiones positivas que aumenten la probabilidad de establecer un patrón de sueño sólido. ▾

15. Mandar al cliente un ejercicio en el que identifique las reflexiones en cuestión y cree alternativas basadas en la realidad (o mandar el ejercicio “*Negative Thoughts Trigger Negative Feelings*” en *Adult Psychotherapy Homework Planner*, 2ª edición, de Jongsma); repasar y reforzar los logros, aportando comentarios correctivos para la mejora. ▾



10. Poner en práctica una técnica de detención de los pensamientos para dejar de lado los pensamientos que resultan contraproducentes para el

16. Pedir al cliente que ponga en práctica la técnicas para detener pensamientos a diario y por la noche entre sesiones) o mandar el ejercicio “*Making Use of the Thought-Stopping Technique*” en *Adult Psychotherapy Homework Planner*, 2ª edición, de Jongsma); repasar su puesta en práctica,



11. Aprender y poner en práctica medidas de prevención de recaídas. (17, 18, 19, 20, 21)



12. Identificar los factores estresantes actuales que pueden interferir con el sueño. (22, 23)

fracasos.

17. Comentar con el cliente la diferencia entre un lapsus y una recaída, asociando el lapsus con una vuelta ocasional y reversible a los hábitos antiguos y la recaída con la decisión de retomar los viejos hábitos con el riesgo de provocar el trastorno del sueño (por ejemplo, mala higiene del sueño, malas prácticas de control de los estímulos).
18. Identificar y ensayar con el cliente el manejo de futuros lapsus.
19. Enseñar al cliente a utilizar rutinariamente las estrategias aprendidas en la terapia (por ejemplo, una buena higiene del sueño y el control de los estímulos) para evitar recaer en los hábitos asociados con el trastorno del sueño.
20. Desarrollar una tarjeta u otro material de recordatorio con las prácticas de prevención de recaídas anotadas para su uso posterior por parte del cliente.
21. Programar sesiones periódicas “de mantenimiento” para ayudar al cliente a conservar los beneficios terapéuticos.
22. Explorar las circunstancias vitales actuales del cliente en busca de causas de estrés y/o de ansiedad que puedan estar interfiriendo con su sueño.
- Analizar la presencia y la naturaleza de los sueños perturbadores del cliente y su relación con el estrés que sufre en


13. Verbalizar un plan para tratar los factores estresantes de manera proactiva. (24)
14. Hablar de los traumas emocionales vividos que puedan alterar el sueño. (25)
15. Hablar de los miedos sobre ceder el control. (26)
16. Revelar el miedo a la muerte que puede contribuir al trastorno del sueño. (27)
17. Compartir las experiencias traumáticas de la infancia asociadas con la experiencia de dormir. (28, 29)
18. Revelar incidentes de abusos sexuales que siguen perturbando. (29, 39)
23. perturbadores del cliente y su relación con el estrés que sufre en su vida; si es necesario, mandarle escribir un diario de sueños para tratarlo en futuras sesiones.
Ayudar al cliente a formular un plan para modificar su situación vital y reducir el estrés y la
24. ansiedad; hacer un seguimiento de la puesta en práctica del plan, reforzando los logros y reorientando los fracasos.
25. Explorar los acontecimientos traumáticos recientes que puedan interferir con el sueño del cliente.
26. Explorar los miedos del cliente sobre el hecho de renunciar al control.
27. Explorar el posible miedo a la muerte que puede contribuir al trastorno del sueño del cliente.
28. Explorar los traumas de la infancia del cliente en torno de la experiencia de dormir.
29. Analizar la presencia y la naturaleza de sueños perturbadores en el cliente y explorar su posible relación con un trauma presente o pasado.
29. Analizar la presencia y la naturaleza de sueños perturbadores en el cliente y explorar su posible relación con un trauma presente o pasado.
- Explorar la existencia de posibles abusos sexuales no revelados del

libro).

DIAGNÓSTICOS SUGERIDOS

Eje I:	307.42	Insomnio primario
	307.4	Hipersomnia primaria
	307.45	Trastorno del ritmo circadiano
	307.47	Pesadillas
	307.46	Terros nocturnos
	307.46	Sonambulismo
	309.81	Trastorno por estrés postraumático
	296.xx	Trastorno depresivo mayor
	300.4	Trastorno distímico

Nota

 indica que los objetivos / intervenciones seleccionados coinciden con los de los tratamientos basados en la evidencia.

TRAUMAS INFANTILES

DEFINICIONES CONDUCTUALES

1. Antecedentes de abusos físicos, sexuales y/o emocionales en la infancia.
2. Descripción de los padres como negligentes física o emocionalmente por ser adictos a sustancias, por estar demasiado ocupados, ausentes, etc.
3. Descripción de la infancia como caótica al ser uno o los dos progenitores adictos a sustancias (o enfermos mentales, antisociales, etc.), lo cual dio lugar a frecuentes mudanzas, varias parejas maltratadoras, frecuente sustitución de cuidadores, presiones económicas y/o muchos hermanastros.
4. Antecedentes de padres represivos emocionalmente que eran rígidos, perfeccionistas, amenazantes, humillantes, hipercríticos y/o extremadamente religiosos.
5. Miedos irracionales, rabia reprimida, baja autoestima, conflictos de identidad, depresión o inseguridad ansiosa relacionada con experiencias vitales precoces dolorosas.
6. Fenómeno de disociación (personalidad múltiple, fuga psicogénica o amnesia, estado de trance y/o despersonalización) como mecanismo de manejo maladaptado resultante de un dolor emocional infantil.

METAS A LARGO PLAZO

1. Ser consciente de cómo los problemas de la infancia han afectado y siguen afectando en la vida familiar actual.
2. Resolver los problemas infantiles o familiares pasados, con el fin de reducir la ira y la represión, mejorar la autoestima, la seguridad y la confianza.
3. Liberar las emociones asociadas con los problemas infantiles o familiares, resultando en menos rencor y más serenidad.
4. Soltar la culpa y empezar a perdonar a los demás por el dolor causado en la infancia.

OBJETIVOS A CORTO PLAZO

- Describir cómo fue crecer en ese entorno familiar. (1, 2)
- 1.

- Describir a cada miembro de la familia e identificar el papel desempeñado por cada uno en la familia. (2, 3)
- 2.

- Identificar patrones de abuso, negligencia o abandono en la familia de origen, actuales e históricos, nucleares y extendidos. (4, 5)
- 3.

Identificar los

INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS

- Crear activamente un nivel de confianza con el cliente en sesiones individuales a través de un contacto visual sistemático, una escucha activa, una mirada positiva incondicional y una aceptación afectuosa para que el cliente pueda identificar y expresar mejor sus sentimientos.
- 1.
- Desarrollar el genograma familiar del cliente y/o un cronograma de síntomas y ayudarle a identificar patrones de disfunciones en la familia.
- 2.
- Desarrollar el genograma familiar del cliente y/o un cronograma de síntomas y ayudarle a identificar patrones de disfunciones en la familia.
- 2.
- Ayudar al cliente a aclarar su papel en la familia y sus sentimientos con respecto a ese rol.
- 3.
- Pedir al cliente que pregunte a sus padres sobre sus antecedentes familiares e intentar comprender los posibles patrones de conducta y las causas de la disfunción de los padres.
- 4.
- Explorar las experiencias infantiles dolorosas del cliente.
- 5.

- sentimientos asociados con los principales incidentes traumáticos de la infancia y con los patrones de crianza de los progenitores. (6, 7, 8)
4. Apoyar y animar al cliente cuando empiece a expresar sentimientos de rabia, tristeza, miedo y rechazo relacionados con el abuso o la negligencia familiar.
6. Pedir al cliente que tome nota de sus sentimientos en un diario en el que describa recuerdos, comportamientos y emociones ligados a sus experiencias infantiles traumáticas.
7. Pedir al cliente que lea libros sobre los efectos emocionales de la negligencia y de los abusos en la infancia (por ejemplo, *It Will Never Happen To Me* de Black; *Outgrowing the Pain* de Gil; *Healing the Child Within* de Whitfield; *Why I'm Afraid To Tell You Who I Am* de Powell); analizar las conclusiones sacadas.
8. Identificar cómo la forma en que cuidamos a nuestros hijos se ve influida por las experiencias de la infancia. (9)
5. Pida al cliente que compare su comportamiento como padre con el de las figuras paterna y materna de su infancia; anime al cliente a ser consciente de cuán fácilmente repetimos los patrones con los que hemos crecido.
9. Reconocer los fenómenos disociativos resultantes del trauma infantil. (10, 11)
6. Ayudar al cliente a comprender el papel de la disociación para protegerse a sí mismo del dolor de los abusos en la infancia (ver el capítulo dedicado a la Disociación en este libro).
10. Evaluar la gravedad del fenómeno disociativo del cliente y hospitalizarle si es necesario para su protección.
11. Comprobar el papel del abuso de sustancias para hacer frente al dolor emocional de la infancia. (12)
7. Evaluar el comportamiento de abuso de sustancias del cliente desarrollado, en parte, como un modo de afrontar los sentimientos relacionados con el trauma infantil. Si el consumo de alcohol o de drogas es problemático, anímele a seguir un tratamiento centrado en este problema (ver el capítulo de Dependencia de sustancias en este libro).
12. Reducir los sentimientos de vergüenza y ser capaz de verbalizar que él no fue responsable de los
8. Pedir al cliente que escriba una carta a la madre, al padre o a otro abusador en la que el cliente exprese sus sentimientos sobre el abuso.
- 13.

abusos. (13, 14, 15, 16)

14. Mantener sesiones conjuntas en las que el cliente pueda encararse con el autor de los abusos.

Guiar al cliente en un ejercicio de silla vacía con una figura clave conectada con el abuso (es decir, el

15. autor, un hermano o un progenitor); reafirmar al cliente para que coloque la responsabilidad del abuso o de la negligencia en el cuidador.

Reiterar sistemáticamente que la responsabilidad del abuso recae en los adultos que lo cometieron y no en el niño que fue víctima (por haber merecido el

16. maltrato), y reforzar las afirmaciones que reflejen claramente que se coloca la culpa en los autores y en los adultos que no le protegieron y no le cuidaron adecuadamente.

9. Identificar los aspectos positivos para sí mismo del hecho de poder perdonar a las personas implicada en el abuso. (17, 18, 19)

17. Pedir al cliente que escriba una carta de perdón al autor del abuso; analizar la carta.

Mostrar al cliente los beneficios (es decir, liberación del dolor y la rabia, dejar el tema en el pasado, abrir la puerta para confiar en los demás, etc.) de empezar un proceso de perdón de los adultos abusadores (no necesariamente olvidando ni confraternizando con ellos).

18. Recomendar al cliente leer libros sobre el perdón (por ejemplo, *Forgive and Forget* de Smedes; *When Bad Things Happen to Good People* de Kushner).

10. Reducir las afirmaciones en las que se muestre como víctima y aumentar las afirmaciones que reflejen una mayor capacitación personal. (20, 21)

20. Pedir al cliente que realice un ejercicio en el que identifique los aspectos positivos y negativos de sentirse una víctima y los puntos positivos y negativos de sentirse una persona recuperada; comparar y analizar las listas.

21. Fomentar y reforzar las afirmaciones del cliente que reflejen que se aleja de una visión de sí mismo como víctima y que se acerca hacia una capacitación personal como persona recuperada.

Aumentar la confianza hacia los demás, mostrando una mayor socialización y una mayor tolerancia a las relaciones íntimas. (22, 23)

Enseñar al cliente el método de compartir y comprobar para reforzar la confianza en las relaciones (compartir una pequeña información y comprobar la sensibilidad del destinatario al reaccionar ante la información).

Mostrar al cliente las ventajas de tratar a las personas como dignas de confianza después de haber evaluado su carácter durante un tiempo razonable.

DIAGNÓSTICOS SUGERIDOS

Eje I:	300.4	Trastorno distímico
	296.xx	Trastorno depresivo mayor
	300.3	Trastorno obsesivo-compulsivo
	300.02	Trastorno de ansiedad generalizada
	309.81	Trastorno por estrés postraumático
	300.14	Trastorno de identidad disociativo
	995.53	Abuso sexual del niño, víctima
	995.54	Abuso físico del niño, víctima
	995.52	Negligencia de la infancia, víctima
Eje II:	301.7	Trastorno antisocial de la personalidad
	301.6	Trastorno de la personalidad por dependencia
	301.4	Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad

APÉNDICE A

BIBLIOTERAPIA SUGERIDA

GENERAL

En los diferentes capítulos se menciona en varias ocasiones un recurso terapéutico en forma de libro de ejercicios que los autores han creado como complemento al presente libro *Planes de tratamiento para la psicoterapia con adultos*. Este libro de ejercicios tantas veces citado es el siguiente:

Jongsma, A. E. (2006). *Adult Psychotherapy Homework Planner, Second Edition*. New York: Wiley.

- ABUSO SEXUAL

Bass, E., and Davis, L. (1988). *The Courage to Heal: A Guide for Women Survivors of Child Sexual Abuse*. San Francisco: HarperCollins.

Bradshaw, J. (1988). *Healing the Shame That Binds You*. Deerfield Beach, FL: Health Communications, Inc.

Burns, D. (1993). *Ten Days to Self-Esteem!* New York: William Morrow.

Davis, L. (1990). *The Courage to Heal Workbook: For Men and Women Survivors of Child Sexual Abuse*. San Francisco: HarperCollins.

Forward, S., and Buck, C. (1978). *Betrayal of Innocence: Incest and Its Devastation*. New York: Penguin.

Fossum, M., and Mason, M. (1986). *Facing Shame: Families in Recovery*. New York: Norton.

Gil, E. (1984). *Outgrowing the Pain: A Book for and About Adults Abused as Children*. New York: Dell Publishing.

Simon, S., and Simon, S. (1990). *Forgiving: How to Make Peace with Your Past and Get On with Your Life*. New York: Warner Books.

Smedes, L. (1991). *Forgive and Forget: Healing the Hurts We Don't Deserve*. San Francisco: HarperCollins.

Copeland, M. E., and Harris, M. (2000). *Healing the Trauma of Abuse: A Women's Workbook*. Oakland, CA: New Harbinger.

Zehr, H. (2001). *Transcending: Reflections of Crime Victims*. Intercourse, PA: Good Books.

- ANSIEDAD

Benson, H. (1975). *The Relaxation Response*. New York: William Morrow.

Bernstein, D. A., and Borkovec, T. D. (1973). *Progressive Relaxation Training*. Champaign, IL: Research Press.

Bourne, E. (2005). *The Anxiety and Phobia Workbook*. Oakland, CA: New Harbinger.

Burns, D. (1993). *Ten Days to Self-Esteem!* New York: William Morrow.

Davis, M., Eshelman, E., and McKay, M. (1988). *The Relaxation and Stress Reduction Workbook*. Oakland, CA: New Harbinger.

Hauck, P. (1975). *Overcoming Worry and Fear*. Philadelphia: Westminster Press.

Jeffers, S. (1987). *Feel the Fear and Do It Anyway*. San Diego, CA: Harcourt Brace Jovanovich.

Marks, I. (1980). *Living with Fear: Understanding and Coping with Anxiety*. New York: McGraw-Hill.

McKay, M., Davis, M., and Fanning, P. (1998). *Thoughts and Feelings: Taking Control of Your Moods and Your Life*. Oakland, CA: New Harbinger.

Zinbarg, R. E., Craske, M. G., Barlow, D. H., and O’Leary, T. (1993). *Mastery of Your Anxiety and Worry—Client Guide*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.

- BAJA AUTOESTIMA

Branden, N. (1994). *The Six Pillars of Self-Esteem*. New York: Bantam Books.

Burns, D. (1993). *Ten Days to Self-Esteem!* New York: William Morrow.

Helmstetter, S. (1986). *What to Say When You Talk to Yourself*. New York: Fine Communications.

McKay, M., and Fanning, P. (1987). *Self-Esteem*. Oakland, CA: New Harbinger.

Schialdi, G. (2001). *The Self-Esteem Workbook*. Oakland, CA: New Harbinger.

Zimbardo, P. (1987). *Shyness: What It Is and What to Do About It*. Reading, MA: Addison-Wesley.

- COMPORTAMIENTO TIPO A

Charlesworth, E., and Nathan, R. (2004). *Stress Management: A Comprehensive Guide to Wellness*. New York: Ballentine Books.

Friedman, M., and Ulmer, P. (1984). *Treating Type A Behavior and Your Heart*. New York: Knopf.

Glasser, W. (1976). *Positive Addiction*. San Francisco: HarperCollins.

Lehrer, P., and Woolfolk, R. (1993). *Principles and Practice of Stress Management, Second Edition*. New York: Guilford.

Peck, M. S. (1978). *The Road Less Traveled*. New York: Simon & Schuster.

Peck, M. S. (1993). *Further Along the Road Less Traveled*. New York: Simon & Schuster.

Pirsig, R. (1974). *Zen and the Art of Motorcycle Maintenance*. New York: William Morrow.

Robinson, B. (1993). *Overdoing It*. Deerfield Beach, FL: Health Communications, Inc.

- CONDUCTA ANTISOCIAL

Carnes, P. (1983). *Out of the Shadows: Understanding Sexual Addictions*. Minneapolis, MN: CompCare.

Katherine, A. (1998). *Boundaries: Where You End and I Begin*. New York: MJF Books.

Pittman, F. (1998). *Grow Up!* New York: Golden Books.

Williams, R., and Williams, V. (1993). *Anger Kills*. New York: Time Books.

- CONFLICTO FAMILIAR

Black, C. (1980). *It Will Never Happen to Me*. Denver, CO: MAC Publishing.

Bloomfield, H., and Felder, L. (1983). *Making Peace with Your Parents*. New York: Random House.

Bradshaw, J. (1988). *On the Family*. Deerfield Beach, FL: Health Communications, Inc.

Cline, F., and Fay, J. (1990). *Parenting with Love and Logic*. Colorado Springs, CO: Navpress.

Faber, A., and Mazlish, E. (1987). *Siblings Without Rivalry*. New York: Norton.

Fassler, D., Lash, M., and Ivers, S. (1988). *Changing Families*. Burlington, VT: Waterfront Books.

Ginott, H. (1969). *Between Parent and Teenager*. New York: Scribner.

Ginott, H. (2003). *Between Parent and Child*. New York: Three Rivers Press.

Glenn, S., and Nelsen, J. (1989). *Raising Self-Reliant Children in a Self-Indulgent World*. Rocklin, CA: Prima.

Phelan, T. (1995). *1-2-3 Magic: Training Your Preschoolers and Preteens to Do What You Want*. Glen Ellyn, IL: Child Management, Inc.

Steinberg, L., and Levine, A. (1990). *You and Your Adolescent: A Parents' Guide for Ages 10-20*. New York: Harper Perennial.

- CONFLICTOS EN LAS RELACIONES ÍNTIMAS

Abrams-Spring, J. (1996). *After the Affair*. New York: HarperCollins.

Bach, G., and Wyden, P. (1976). *The Intimate Enemy: How to Fight Fair in Love and Marriage*. New York: Avon.

Christensen, A., and Jacobson, N. (2000). *Reconcilable Differences*. New York: Guilford.

Colgrove, M., Bloomfield, H., and McWilliam, P. (1991). *How to Survive the Loss of a Love*. Los Angeles: Prelude Press.

Fisher, B. (1981). *Rebuilding: When Your Relationship Ends*. San Luis Obispo, CA: Impact.

Fromm, E. (1956). *The Art of Loving*. New York: Harper & Row.

Gorski, T. (1993). *Getting Love Right: Learning the Choices of Healthy Intimacy*. New York: Simon & Schuster.

Gray, J. (1992). *Men Are From Mars, Women Are From Venus*. New York: HarperCollins.

Gray, J. (1993). *Men and Women and Relationships: Making Peace with the Opposite Sex*. Hillsboro, OR: Beyond Words.

Harley, W. (1994). *His Needs, Her Needs: Building an Affair- Proof Marriage*. Grand Rapids, MI: Revell.

Hendrix, H. (1988). *Getting the Love You Want: A Guide for Couples*. New York: HarperCollins.

Lerner, H. (1989). *The Dance of Intimacy: A Woman's Guide to Courageous Acts of Change in Key Relationships*. New York: Harper Perennial.

Lindbergh, A. (1955). *A Gift from the Sea*. New York: Pantheon.

Markman, H., Stanley S., and Blumberg, S. (1994). *Fighting for Your Marriage*. San Francisco: Jossey- Bass.

Oberlin, L. (2005). *Surviving Separation and Divorce: A Woman's Guide*. Avon, MA: Adams Media.

Schnarch, D. (1997). *Passionate Marriage*. New York: Norton.

Weiner- Davis, M. (1993). *Divorce Busting: A Step- by- step Approach to Making Your Marriage Loving Again*. New York: Simon & Schuster.

- CONFLICTOS LEGALES

Carnes, P. (1983). *Out of the Shadows: Understanding Sexual Addictions*. Minneapolis, MN: CompCare.

Williams, R., and Williams, V. (1993). *Anger Kills*. New York: Time Books.

- CONFUSIÓN ESPIRITUAL

Armstrong, K. (1993). *A History of God*. New York: Knopf.

Augustine, St. (1949). *The Confessions of St. Augustine*. New York: Random House.

Chopra, D. (2000). *How to Know God*. New York: Three Rivers Press.

Cleaver, E. (1992). *The Soul on Fire*. Grand Rapids, MI: Zondervan.

Dyer, W. (2003). *There's a Spiritual Solution to Every Problem*. New York: Quill.

Foster, R. (1988). *Celebration of Discipline*. San Francisco: HarperCollins.

Helmfelt, R., and Fowler, R. (1990). *Serenity: A Companion for 12 Step Recovery*. Nashville, TN: Nelson.

Lewis, C. S. (1955). *Surprised by Joy*. New York: Harcourt Brace.

Merton, T. (1948). *The Seven Storey Mountain*. New York: Harcourt Brace.

Moore, T. (1992). *The Care of the Soul*. New York: HarperCollins.

Moore, T. (2004). *Dark Nights of the Soul*. New York: Gotham.

Norris, K. (1996). *The Cloister Walk*. New York: Riverhead Books.

Norris, K. (1998). *Amazing Grace*. New York: Riverhead.

Peck, M. S. (1978). *The Road Less Traveled*. New York: Simon & Schuster.

Peck, M. S. (1993). *Further Along the Road Less Traveled*. New York: Simon & Schuster.

Warren, R. (2002). *The Purpose- Driven Life*. Grand Rapids, MI: Zondervan.

- CRIANZA DE LOS HIJOS

Cline, F., and Fay, J. (1990). *Parenting with Love and Logic*. Colorado Springs, CO: Navpress.

Dobson, J. (2000). *Preparing for Adolescence: How to Survive the Coming Years of Change*. New York: Regal Press.

Edwards, C. (1999). *How to Handle a Hard- to- Handle Kid*. Minneapolis, MN: Free Spirit Publishing.

Faber, A., and Mazlish, E. (1982). *How to Talk So Kids Will Listen and Listen So Kids Will Talk*. New York: Avon.

Forehand, R., and Long, N. (1996) *Parenting the Strong- Willed Child*. Chicago: Contemporary Books.

Forgatch, M. (1994) *Parenting Through Change: A Training Manual*. Eugene, OR: Oregon Social Learning Center.

Ginott, H. (1969). *Between Parent and Teenager*. New York. Macmillan.

Gordon, T. (2000). *Parent Effectiveness Training*. New York: Three Rivers Press.

Greene, R. (1998). *The Explosive Child*. New York: HarperCollins.

Greenspan, S. (1995). *The Challenging Child*. Reading, MA: Perseus Books.

Ilg, F., Ames, L., and Baker, S. (1992). *Child Behavior: The Classic Childcare Manual from the Gesell Institute of Human Development*. New York: Harper Perennial.

Phelan, T. (1995). *1- 2- 3 Magic: Training Your Preschoolers and Preteens to Do What You Want*. Glen Ellyn, IL: Child Management, Inc.

Renshaw- Joslin, K. (1994). *Positive Parenting from A to Z*. New York: Fawcett Books.

Tracy, F. (1994). *Grounded for Life: Stop Blowing Your Fuse and Start Communicating*. Seattle, WA: Parenting Press.

Turecki, S., and Tonner, L. (1988). *The Difficult Child*. New York: Bantam Books.

Wolf, A. (1992). *Get Out of My Life, But First Could You Drive Me and Cheryl to the Mall?: A Parent's Guide to the New Teenager*. New York: Noonday Press.

- DÉFICITS COGNOSCITIVOS

Ellis, A., and Harper, R. (1974). *A New Guide to Rational Living*. Hollywood, CA: Wilshire Books.

- DÉFICITS EDUCATIVOS

de Boro, E. (1982). *de Boro's Thinking Course*. New York: Facts of Life Publishing.

Sandstrom, R. (1990). *The Ultimate Memory Book*. Granada, CA: Stepping Stones Books.

- DEPENDENCIA

Alberti, R., and Emmons, M. (1990). *Your Perfect Right: Assertiveness and Equality in Your Life and Relationships, Eighth Edition*. San Luis Obispo, CA: Impact.

Beattie, M. (1987). *Codependent No More: How to Stop Controlling Others and Start*

Caring for Yourself. San Francisco: HarperCollins.

Evans, P. (1992). *The Verbally Abusive Relationship*. Holbrook, MA: Bob Adams, Inc.

Helmfelt, R., Minirth, F., and Meier, P. (1985). *Love Is a Choice*. Nashville, TN: Nelson.

Katherine, A. (1998). *Boundaries: Where You End and I Begin*. New York: MJF Books.

Norwood, R. (1985). *Women Who Love Too Much*. Los Angeles: Archer.

Pittman, F. (1998). *Grow Up!* New York: Golden Books.

Smith, M. (1985). *When I Say No, I Feel Guilty*. New York: Bantam Books.

Walker, L. (1979). *The Battered Woman*. New York: Harper & Row.

Whitfield, C. (1990). *A Gift to Myself*. Deerfield Beach, FL: Health Communications, Inc.

- **DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS**

Alcoholics Anonymous. (1975). *Living Sober*. New York: A. A. World Service.

Alcoholics Anonymous. (1976). *Alcoholics Anonymous: The Big Book*. New York: A. A. World Service.

Carnes, P. (1989). *A Gentle Path Through the Twelve Steps*. Minneapolis, MN: CompCare.

Gorski, T. (1992). *Staying Sober Workbook*. Independence, MO: Herald House Press.

Gorski, T., and Miller, M. (1986). *Staying Sober: A Guide to Relapse Prevention*. Independence, MO: Herald House Press.

Johnson, V. (1980). *I'll Quit Tomorrow*. New York: Harper & Row.

Kasl-Davis, C. (1992). *Many Roads, One Journey*. New York: HarperCollins.

Nuckals, C. (1989). *Cocaine: From Dependence to Recovery*. Blue Ridge Summit, PA: TAB Books.

Wilson, B. (1967). *As Bill Sees It*. New York: A. A. World Service.

- **DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS – RECAÍDA**

Alcoholics Anonymous. (1975). *Living Sober*. New York: A. A. World Service.

Alcoholics Anonymous. (1976). *Alcoholics Anonymous: The Big Book*. New York: A. A. World Service.

Burns, D. (1993). *Ten Days to Self-Esteem!* New York: William Morrow.

Carnes, P. (1989). *A Gentle Path Through the Twelve Steps*. Minneapolis, MN: CompCare.

Doe, J. (1955). *The Golden Book of Resentments*. Minneapolis, MN: CompCare Publishing.

Gorski, T. (1992). *The Staying Sober Workbook*. Independence, MO: Herald House Press.

Gorski, T., and Miller, M. (1986). *Staying Sober: A Guide to Relapse Prevention*. Independence, MO: Herald House Press.

Johnson, V. (1980). *I'll Quit Tomorrow*. New York: Harper & Row.

Kasl-Davis, C. (1992). *Many Roads, One Journey*. New York: HarperCollins.

- Larson, E. (1985). *Stage II Recovery: Life Beyond Addiction*. San Francisco: Harper & Row.
- Nuckals, C. (1989). *Cocaine: From Dependence to Recovery*. Blue Ridge Summit, PA: TAB Books.
- Wilson, B. (1967). *As Bill Sees It*. New York: A. A. World Service.

- **DEPRESIÓN**

- Burns, D. (1989). *The Feeling Good Handbook*. New York: Blume.
- Burns, D. (1999). *Feeling Good: The New Mood Therapy*. New York: HarperCollins.
- Butler, P. (1991). *Talking to Yourself: Learning the Language of Self-Affirmation*. New York: Stein and Day.
- Downs, A. (2003). *The Half Empty Heart*. New York: St. Martin's.
- Dyer, W. (1974). *Your Erroneous Zones*. New York: Funk & Wagnalls.
- Geisel, T. (1990). *Oh, The Places You'll Go*. New York: Random House.
- Gilson, M., and Freeman, A. (2000). *Overcoming Depression: A Cognitive Therapy Approach for Taming the Depression Beast: Client Workbook*. New York: Oxford University Press.
- Hallinan, P. K. (1976). *One Day at a Time*. Minneapolis, MN: CompCare.
- Hazelden Staff. (1991). *Each Day a New Beginning*. Center City, MN: Hazelden.
- Helmstetter, S. (1986). *What to Say When You Talk to Yourself*. New York: Fine Communications.
- Knauth, P. (1977). *A Season in Hell*. New York: Pocket Books.
- Leith, L. (1998). *Exercising Your Way to Better Mental Health*. Morgantown, WV: Fitness Information Technology.
- McKay, M., Davis, M., and Farming, P. (1998). *Thoughts and Feelings: Taking Control of Your Moods and Your Life*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Miklowitz, D. (2002) *Bipolar Disorder Survival Guide: What You and Your Family Need to Know*. New York: Guilford.
- Strauss, C. (2004) *Talking to Depression*. New York: New American Library.
- Weissman, M. (2005). *Mastering Depression Through Interpersonal Psychotherapy: Patient Workbook*. New York: Oxford University Press.
- Yapko, M. (1999). *Hand Me Down Blues*. New York: Golden Books.
- Zonnebelt-Smeenge, S., and DeVries, R. (1998). *Getting to the Other Side of Grief: Overcoming the Loss of a Spouse*. Grand Rapids, MI: Baker Books.

- **DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA**

- Barbach, L. (1982). *For Each Other: Sharing Sexual Intimacy*. New York: Doubleday.
- Comfort, A. (1991). *The New Joy of Sex*. New York: Crown.
- Heiman, J., and LoPiccolo, J. (1988). *Becoming Orgasmic: A Sexual Growth Program for Women*. New York: Prentice-Hall.
- Kaplan, H. S. (1975). *The Illustrated Manual of Sex Therapy*. New York: Quadrangle,

The New York Times Book Co.

Kaplan, H. S. (1988). *The Illustrated Manual of Sex Therapy*. Levittown, PA: Brunner / Mazel.

McCarthy, B., and McCarthy, E. (1984). *Sexual Awareness*. New York: Carroll & Graf.

Penner, C., and Penner, C. (1981). *The Gift of Sex*. Waco, TX: Word.

Schnarch, D., and Maddock, J. (2003). *Resurrecting Sex: Solving Sexual Problems and Revolutionizing Your Relationship*. New York: HarperCollins.

Valins, L. (1992). *When a Woman's Body Says No to Sex: Understanding and Overcoming Vaginismus*. New York: Penguin.

Wincze, J., and Barlow, D. H. (1997). *Enhancing Sexuality: A Problem-solving Approach—Client Workbook*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.

Zibergeld, B. (1992). *The New Male Sexuality*. New York: Bantam Books.

- DISFUNCIÓN SEXUAL MASCULINA

Comfort, A. (1991). *The New Joy of Sex*. New York: Crown.

Kaplan, H. S. (1988). *The Illustrated Manual of Sex Therapy*. New York: Brunner / Mazel.

McCarthy, B., and McCarthy, E. (1981). *Sexual Awareness*. New York: Carroll & Graf.

Penner, C., and Penner, C. (1981). *The Gift of Sex*. Waco, TX: Word.

Schnarch, D., and Maddock, M. (2003) *Resurrecting Sex: Solving Sexual Problems and Revolutionizing Your Relationship*. New York: HarperCollins.

Wincze, J., and Barlow, D. (1997) *Enhancing Sexuality: A Problem-solving Approach (Client Workbook)*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.

Zilbergeld, B. (1992). *The New Male Sexuality*. New York: Bantam Books.

- DISOCIACIÓN

Grateful Members of Emotional Health Anonymous. (1982). *The Twelve Steps for Everyone . . . Who Really Wants Them*. Minneapolis, MN: CompCare.

- DOLOR CRÓNICO

Benson, H. (1975). *The Relaxation Response*. New York: William Morrow.

Benson, H. (1979). *The Mind / Body Effect*. New York: Simon & Schuster.

Bernstein, D. A., and Borkovec, T. D. (1973). *Progressive Relaxation Training*. Champaign, IL: Research Press.

Burns, D. (1980). *Feeling Good: The New Mood Therapy*. New York: Signet.

Burns, D. (1989). *The Feeling Good Handbook*. New York: Blume.

Burns, D. (1993). *Ten Days to Self-Esteem*. New York: William Morrow.

Catalano, E., and Hardin, K. (1996). *The Chronic Pain Control Workbook: A Step-by-Step Guide for Coping With and Overcoming Pain*. Oakland, CA: New Harbinger.

Caudill, M. (1995). *Managing Pain Before It Manages You*. New York: Guilford.

Duckro, P., Richardson, W., and Marshall, J. (1995). *Taking Control of Your Headaches*.

New York: Guilford.

Fields, H. (1987). *Pain*. New York: McGraw- Hill.

Hunter, M. (1996). *Making Peace with Chronic Pain*. Levittown, PA: Brunner / Mazel.

LeShan, L. (1984). *How to Meditate*. New York: Bantam Books.

Morris, D. (1991). *The Culture of Pain*. Berkeley: University of California Press.

Siegel, B. (1989). *Peace, Love, & Healing*. New York: Harper & Row.

- DUELO / PÉRDIDA NO RESUELTO

Albom, Mitch. (1997). *Tuesdays with Morrie*. New York: Doubleday.

Colgrove, M. (1991). *How to Survive the Loss of a Love*. Los Angeles: Prelude Press.

Kushner, H. (1981). *When Bad Things Happen to Good People*. New York: Schocken Books.

Lewis, C. S. (1961). *A Grief Observed*. New York: The Seabury Press.

Moore, Thomas. (2004). *Dark Nights of the Soul*. New York: Gotham.

Rando, T. (1991). *How to Go on Living When Someone You Love Dies*. New York: Bantam Books.

Schiff, N. (1977). *The Bereaved Parent*. New York: Crown Publications.

Smedes, L. (1982). *How Can It Be All Right When Everything Is All Wrong?* San Francisco: HarperCollins.

Smedes, L. (1991). *Forgive and Forget: Healing the Hurts We Don't Deserve*. San Francisco: HarperCollins.

Tatelbaum, Judy. (1980). *The Courage to Grieve*. New York: Harper & Row.

Westberg, G. (1962). *Good Grief*. Philadelphia: Augsburg Fortress Press.

Wolterstorff, N. (1987). *Lament for a Son*. Grand Rapids, MI: Eerdmans.

Zonnebelt- Smeenge, S., and DeVries, R. (2004). *Living Fully in the Shadow of Death*. Grand Rapids, MI: Baker.

Zonnebelt- Smeenge, S., and DeVries, R. (1998). *Getting to the Other Side of Grief: Overcoming the Loss of a Spouse*. Grand Rapids, MI: Baker Books.

- ESTRÉS ECONÓMICO

Abentrod, S. (1996). *10 Minute Guide to Beating Debt*. New York: Macmillan.

Burkett, L. (1989). *Debt Free Living*. Chicago: Moody Press.

Loungo, T. (1997). *10 Minute Guide to Household Budgeting*. New York: Macmillan.

Ramsey, D. (1997). *Financial Peace*. New York: Penguin.

- ESTRÉS PROFESIONAL

Bolles, R. (1992). *What Color Is Your Parachute?* Berkeley, CA: Ten- Speed Press.

Charland, R. (1993). *Career Shifting: Starting Over in a Changing Economy*. Holbrook, MA: Bob Adams.

Jandt, F. (1985). *Win- Win Negotiating: Turning Conflict into Agreement*. New York: Wiley.

Weiss, R. (1990). *Staying the Course: The Emotional and Social Lives of Men Who Do Well at Work*. New York: Free Press.

- FOBIA

Antony, M. M., Craske, M. C., and Barlow, D. H. (1995). *Mastery of Your Specific Phobia—Client Manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.

Bourne, E. (2005). *The Anxiety and Phobia Workbook*, Fourth Edition. Oakland, CA: New Harbinger.

Gold, M. (1988). *The Good News About Panic, Anxiety, and Phobias*. New York: Villard / Random House.

Marks, I. (1980). *Living with Fear: Understanding and Coping with Anxiety*. New York: McGraw-Hill.

McKay, M., Davis, M., and Farming, P. (1998) *Thoughts and Feelings: Taking Control of Your Moods and Your Life*. Oakland, CA: New Harbinger.

- IDEACIÓN PARANOIDE

Burns, D. (1989). *The Feeling Good Handbook*. New York: Plume.

Cudney, M., and Hard, R. (1991). *Self-Defeating Behaviors*. San Francisco: HarperCollins.

Ross, J. (1994). *Triumph Over Fear*. New York: Bantam Books.

- IDEACIÓN SUICIDA

Butler, P. (1991). *Talking to Yourself: Learning the Language of Self-Affirmation*. New York: Stein and Day.

Hutschnecker, A. (1951). *The Will to Live*. New York: Cornerstone Library.

Seligman, M. (1990). *Learned Optimism: The Skill to Conquer Life's Obstacles, Large and Small*. New York: Pocket Books.

- IDENTIDAD SEXUAL CONFUSA – ADULTO

Beam, J. (1986). *In the Life: A Black Gay Anthology*. Boston: Alyson Publications.

Eichberg, R. (1991). *Coming Out: An Act of Love*. New York: Penguin.

Katz, J. (1996). *The Invention of Heterosexuality*. New York: Plume.

Marcus, E. (1993). *Is It a Choice? Answers to 300 of the Most Frequently Asked Questions About Gays and Lesbians*. San Francisco: HarperCollins.

Signorile, M. (1996). *Outing Yourself: How to Come Out as Lesbian or Gay to Your Family, Friends, and Coworkers*. New York: Fireside Books.

- MALESTAR SOCIAL

Alberti, R., and Emmons, M. (2001). *Your Perfect Right: Assertiveness and Equality in Your Life and Relationships, Eighth Edition*. San Luis Obispo, CA: Impact.

Antony, M., and Swinson, R. (2000). *The Shyness and Social Anxiety Workbook: Proven, Step- by- step Techniques for Overcoming Your Fear*. Oakland, CA: New Harbinger.

Bradshaw, J. (1988). *Healing the Shame That Binds You*. Deerfield Beach, FL: Health Communications, Inc.

Burns, D. (1985). *Intimate Connections: The New Clinically Tested Program for Overcoming Loneliness*. New York: William Morrow.

Burns, D. (1989). *The Feeling Good Handbook*. New York: William Morrow.

Burns, D. (1993). *Ten Days to Self- Esteem!* New York: William Morrow.

Butler, G. (1999). *Overcoming Social Anxiety and Shyness: A Self- help Guide Using Cognitive Behavioral Techniques*. London: Robinson.

Desberg, P. (1996). *No More Butterflies: Overcoming Shyness, Stage Fright, Interview Anxiety, and Fear of Public Speaking*. Oakland, CA: New Harbinger.

Dyer, W. (1978). *Pulling Your Own Strings*. New York: T. Crowell.

Fossum, M., and Mason, M. (1986). *Facing Shame: Families in Recovery*. New York: Norton.

Garner, A. (1997). *Con conversationally Speaking: Tested New Ways to Increase Your Personal and Social Effectiveness*. Los Angeles: Lowell House.

Harris, T. (1996). *I'm OK, You're OK*. New York: Avon.

James, M., and Jongeward, D. (1971). *Born to Win*. Reading, MA: Addison- Wesley.

Markway, B., Carmin, C., Pollard, C., and Flynn, T. (1992). *Dying of Embarrassment: Help for Social Anxiety and Phobia*. Oakland, CA: New Harbinger.

Nouwen, H. (1975). *Reaching Out*. New York: Doubleday.

Rapee, R.M. (1998). *Overcoming Shyness and Social Phobia: A Step- by- step Guide*. Northvale, NJ: Jason Aronson.

Schneier, F., and Welkowitz, L. (1996). *The Hidden Face of Shyness: Understanding and Overcoming Social Anxiety*. New York: Avon.

Soifer, S., Zgourides, G. D., Himle, J., and Pickering, N. L. (2001). *Shy Bladder Syndrome: Your Step- by- step Guide to Overcoming Paruresis*. Oakland, CA: New Harbinger.

Stein, M., and Walker, J. (2001). *Triumph Over Shyness: Conquering Shyness and Social Anxiety*. New York: McGraw- Hill.

Steiner, C. (1997). *Achieving Emotional Literacy: A Personal Program to Improve Your Emotional Intelligence*. New York: Avon.

Zimbardo, P. (1987). *Shyness: What It Is and What to Do About It*. Reading, MA: Addison- Wesley.

- MANEJO DE LA IRA

Carter, L. (2003). *The Anger Trap*. San Francisco: Jossey- Bass.

Deffenbacher, J. L., and McKay, M. (2000). *Overcoming Situational and General Anger Client Manual (Best Practices for Therapy)*. Oakland, CA: New Harbinger.

Lerner, H. (1985). *The Dance of Anger: A Woman's Guide to Changing the Patterns of*

Intimate Relationships. New York: Harper Perennial.

McKay, M., and Rogers, P. (2000). *The Anger Control Workbook*. Oakland, CA: New Harbinger.

McKay, M., Rogers, P., and McKay, J. (1989). *When Anger Hurts*. Oakland, CA: New Harbinger.

Potter- Etron, R. (2001). *Stop the Anger Now: A Workbook*. Oakland, CA: New Harbinger.

Rosellini, G., and Worden, M. (1986). *Of Course You're Angry*. San Francisco: Harper Hazelden.

Rubin, T. I. (1969). *The Angry Book*. New York: Macmillan.

Smedes, L. (1991). *Forgive and Forget: Healing the Hurts We Don't Deserve*. San Francisco: HarperCollins.

Tavris, C. (1989). *Anger: The Misunderstood Emotion*. New York: Touchstone Books.

Weisinger, H. (1985). *Dr. Weisinger's Anger Work- Out Book*. New York: Quill.

- MANÍA O HIPOMANÍA

Copeland, M. (2000). *The Depression Workbook: A Guide for Living with Depression and Manic Depression*. Oakland, CA: New Harbinger.

Grateful Members of Emotional Health Anonymous. (1987). *The Twelve Steps for Everyone . . . Who Really Wants Them*. Minneapolis, MN: CompCare.

Miklowitz, D. (2002). *The Bipolar Disorder Survival Guide: What You and Your Family Need to Know*. New York: Guilford.

- PÁNICO / AGORAFOBIA

Antony, M., and McCabe, R. (2004). *10 Simple Solutions to Panic: How to Overcome Panic Attacks, Calm Physical Symptoms, and Reclaim Your Life*. Oakland, CA: New Harbinger.

Barlow, D. H., and Craske, M. G. (2000). *Mastery of Your Anxiety and Panic (MAP-3)*. San Antonio, TX: Graywind / The Psychological Corporation.

Bourne, E. (2005). *The Anxiety and Phobia Workbook*, Fourth Edition. Oakland, CA: New Harbinger.

Gold, M. (1988). *The Good News About Panic, Anxiety, and Phobias*. New York: Villard / Random House.

Marks, I. (2001). *Living With Fear; Second Edition*. London: McGraw- Hill.

McKay, M., Davis, M., and Farming, P. (1998) *Thoughts and Feelings: Taking Control of Your Moods and Your Life*. Oakland, CA: New Harbinger.

Swede, S., and Jaffe, S. (1987). *The Panic Attack Recovery Book*. New York: New American Library.

Wilson, R. (1996). *Don't Panic: Taking Control of Anxiety Attacks, Second Edition*. New York: Harper & Row.

Wilson, R. (1986). *Don't Panic: Taking Control of Anxiety Attacks*. New York: Harper

& Row.

- PERSONALIDAD LÍMITE

- Cudney, M., and Handy, R. (1993). *Self-Defeating Behaviors*. San Francisco: HarperCollins.
- Herman, J. (1997). *Trauma and Recovery*. New York: Basic Books.
- Katherine, A. (1998). *Boundaries: Where You End and I Begin*. New York: MJF Books.
- Kreisman, J., and Straus, H. (1989). *I Hate You—Don't Leave Me*. New York: Avon.
- Linehan, M. (1993). *Skills Manual for Treating Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford.
- Miller, D. (1994). *Women Who Hurt Themselves: A Book of Hope and Understanding*. New York: HarperCollins.
- O'Neil, M., and Newbold, C. (1994). *Boundary Power*. Fort Smithy, AR: Sonlight Publishing.
- Peurito, R. (1997). *Overcoming Anxiety*. New York: Henry Holt.
- Reiland, R. (2004). *Get Me Out of Here: My Recovery from Borderline Personality Disorder*. Center City, MN: Hazeldon Foundation.
- Spadlin, S. (2003). *Don't Let Your Emotions Run Your Life: How Dialectical Behavior Therapy Can Put You in Control*. Oakland, CA: New Harbinger.

- PROBLEMAS BIOGRÁFICOS

- Alberti, R., and Emmons, M. (2001). *Your Perfect Right: Assertiveness and Equality in Your Life and Relationships, Eighth Edition*. San Luis Obispo, CA: Impact.
- Black, J., and Enns, G. (1998). *Better Boundaries: Owning and Treasuring Your Life*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Bower, S., and Bower, G. (1991). *Asserting Yourself: A Practical Guide for Positive Change*. Cambridge, MA: Perseus Publishing.
- Hollis, J. (2005). *Finding Meaning in the Second Half of Life*. New York: Gotham.
- Katherine, A. (1998). *Boundaries: Where You End and I Begin*. New York: MJF Books.
- Moore, T. (2004). *Dark Nights of the Soul*. New York: Gotham.
- Paterson, R. (2000). *The Assertiveness Workbook: How to Express Your Ideas and Stand Up for Yourself at Work and in Relationships*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Seuss, Dr. (1986). *You're Only Old Once*. New York: Random House.
- Simon, S. (1993). *In Search of Values: 31 Strategies for Finding Out What Really Matters Most to You*. New York: Warner Books.
- Simon, S., Howe, L., and Kirschenbaum, H. (1995). *Values Clarification*. New York: Warner Books.
- Smith, M. (1975). *When I Say No, I Feel Guilty*. New York: Bantam Books.

- PROBLEMAS MÉDICOS

- Friedman, M., and Ulmer, P. (1984). *Treating Type A Behavior and Your Heart*. New

York: Knopf.

- PSICOTICISMO

Torrey, M., and Fuller, E. (1988). *Surviving Schizophrenia: A Family Manual*. New York: Harper & Row.

- SOMATIZACIÓN

Benson, H. (1980). *The Mind- Body Effect*. New York: Simon & Schuster.

Claiborn, J., and Pedrick, C. (2002). *The BDD Workbook: Overcome Body Dysmorphic Disorder and End Body Image Obsessions*. Oakland, CA: New Harbinger.

Grateful Members of Emotional Health Anonymous. (1987). *The Twelve Steps for Everyone . . . Who Really Wants Them*. Minneapolis, MN: CompCare.

- TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Fairburn, C. (1995). *Overcoming Binge Eating*. New York: Guilford.

Hirschmann, J., and Munter, C. (1988). *Overcoming Overeating*. New York: Ballentine Books.

Hollis, J. (1985). *Fat Is a Family Affair*. New York: Harper & Row.

Rodin, J. (1993). *Body Traps*. New York: William Morrow.

Sacker, I., and Zimmer, M. (1987). *Dying to Be Thin*. New York: Warner Books.

Siegel, M., Brisman, J., and Weinshel, M. (1997). *Surviving an Eating Disorder*. San Francisco: HarperCollins.

- TRASTORNO DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS

Helmstetter, S. (1986). *What to Say When You Talk to Yourself*. New York: Fine Communications.

Kelly, K., and Ramundo, P. (1994). *You Mean I'm Not Lazy, Stupid or Crazy?! A Self-Help Book for Adults with Attention Deficit Disorder*. Cincinnati, OH: Tyrell and Jerem Press.

Wander, P. (1987). *The Hyperactive Child, Adolescent, and Adult*. New York: Oxford University Press.

- TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO (TOC)

Baer, L. (2000). *Getting Control: Overcoming Your Obsessions and Compulsions, Revised Edition*. New York: Plume.

Bourne, E. (2005). *The Anxiety and Phobia Workbook*. Oakland, CA: New Harbinger.

Burns, D. (1993). *Ten Days to Self-Esteem!* New York: William Morrow.

Foa, E. B., and Wilson, R. (2001). *Stop Obsessing! How to Overcome Your Obsessions and Compulsions, Revised Edition*. New York: Bantam Books.

Hyman, B. M., and Pedrick, C. (1999). *The OCD Workbook: Your Guide to Breaking*

Free from Obsessive- Compulsive Disorder. Oakland, CA: New Harbinger.

Kozak, M., and Foa, E. B. (1997). *Mastery of Obsessive- Compulsive Disorder: A Cognitive Behavioral Approach*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.

Levenkron, S. (1991). *Obsessive- Compulsive Disorders*. New York: Warner Books.

Penzel, F. (2000). *Obsessive- Compulsive Disorders: A Complete Guide to Getting Well and Staying Well*. New York: Oxford University Press.

Schwartz, J. (1996). *Brain Lock: Free Yourself from Obsessive- Compulsive Behavior*. New York: HarperCollins.

Steketee, G., and White, K. (1990). *When Once is Not Enough: Help for Obsessive Compulsives*. Oakland, CA: New Harbinger.

Steketee, G. (1999). *Overcoming Obsessive Compulsive Disorder—Client Manual*. Oakland, CA: New Harbinger.

- TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN (TDA) – ADULTO

Hallowell, E., and Ratey, J. (1994). *Driven to Distraction*. New York: Simon & Schuster.

Kelly, K., and Ramundo, P. (1994). *You Mean I'm Not Lazy, Stupid, or Crazy?! A Self-Help Book for Adults with Attention Defi cit Disorder*. Cincinnati, OH: Tyrell and Jerem Press.

Nadeau, K. (1996). *Adventures in Fast Forward*. Levittown, PA: Brunner / Mazel.

Quinn, D., and Stern, J. (1991). *Putting on the Brakes*. New York: Magination Press.

Weis, Lynn. (1994). *The Attention Defi cit Disorder in Adults Workbook*. Dallas, TX: Taylor Publishing.

Wender, P. (1987). *The Hyperactive Child, Adolescent, and Adult*. New York: Oxford University Press.

- TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (TEPT)

Allen, J. (1995). *Coping with Trauma: A Guide to Self- Understanding*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Bradshaw, J. (1988). *Healing the Shame That Binds You*. Deerfi eld Beach, FL: Health Communications, Inc.

Foa E., Davidson, J., and Frances, A. (1999). The Expert Consensus Guideline Series: Treatment of Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60–66(16). Also available online at: <http://www.psychguides.com/ptsdhe.pdf>.

Frankel, V. (1959). *Man's Search for Meaning*. Boston: Beacon Press.

Jeffers, S. (1987). *Feel the Fear and Do It Anyway*. New York: Random House.

Leith, L. (1998). *Exercising Your Way to Better Mental Health*. Morgantown, WV: Fitness Information Technology.

Matsakis, A. (1996). *I Can't Get Over It: A Handbook for Trauma Survivors, Second Edition*. Oakland, CA: New Harbinger.

Rothbaum, B. O., and Foa, E. B. (2004). *Reclaiming Your Life After Rape: Cognitive-*

Behavioral Therapy for Posttraumatic Stress Disorder—Client Workbook. New York: Oxford University Press.

Simon, S., and Simon, S. (1990). *Forgiving: How to Make Peace with Your Past and Get On with Your Life*. New York: Warner Books.

Williams, M., and Poijula, S. (2002). *The PTSD Workbook*. Oakland, CA: New Harbinger.

Zehr, H. (2001). *Transcending: Reflections of Crime Victims*. Intercourse, PA: Good Books.

- TRASTORNO DEL SUEÑO

Dotto, L. (1990). *Losing Sleep: How Your Sleeping Habits Affect Your Life*. New York: William Morrow.

Catalano, E., Morin, C., and Webb, W. (1990). *Getting to Sleep: Simple, Effective Methods for Falling and Staying Asleep, Getting the Rest You Need, and Awakening Refreshed and Renewed*. Oakland, CA: New Harbinger.

Hewish, J. (1985). *Relaxation*. Chicago: NTC Publishing Group.

Leith, L. (1998). *Exercising Your Way to Better Mental Health*. Morgantown, WV: Fitness Information Technology.

- TRAUMAS INFANTILES

Black, C. (1980). *It Will Never Happen to Me*. Denver, CO: MAC Publishing.

Bradshaw, J. (1990). *Homecoming*. New York: Bantam Books.

Bradshaw, J. (1998). *Healing the Shame that Binds You*. Deerfield Beach, FL: Health Communications, Inc.

Copeland, M., and Harris, M. (2000) *Healing the Trauma of Abuse: A Woman's Workbook*. Oakland, CA: New Harbinger.

Gil, E. (1984). *Outgrowing the Pain: A Book for and About Adults Abused as Children*. New York: Dell Publishing.

Kushner, H. (1981). *When Bad Things Happen to Good People*. New York: Schocken Books.

Pittman, F. (1998). *Grow Up!* New York: Golden Books.

Powell, J. (1969). *Why I'm Afraid to Tell You Who I Am*. Allen, TX: Argus Communications.

Smedes, L. (1991). *Forgive and Forget: Healing the Hurts We Don't Deserve*. San Francisco: HarperCollins.

Whitfield, C. (1987). *Healing the Child Within*. Deerfield Beach, FL: Health Communications, Inc.

Whitfield, C. (1990). *A Gift to Myself*. Deerfield Beach, FL: Health Communications, Inc.

APÉNDICE B

REFERENCIAS PROFESIONALES DE LOS CAPÍTULOS BASADOS EN LA EVIDENCIA

- GENERAL

Bruce, T. J., and Sanderson, W. C. (2005). Evidence- based psychosocial practices: Past, present, and future. In C. Stout and R. Hayes (Eds.), *The Handbook of Evidence-Based Practice in Behavioral Healthcare: Applications and New Directions* (pp. 220–243). New York: Wiley.

Chambless, D. L., Baker, M. J., Baucom, D., Beutler, L. E., Calhoun, K. S., Crits-Christoph, P., et al. (1998). Update on empirically validated therapies: II. *The Clinical Psychologist*, *51* (1), 3–16.

Chambless, D. L., and Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, *52*, 685–716.

Chambless, D. L., Sanderson, W. C., Shoham, V., Johnson, S. B., Pope, K. S., Crits-Christoph, P., et al. (1996). An update on empirically validated therapies. *The Clinical Psychologist*, *49* (2), 5–18.

Nathan, P. E., and Gorman, J. M. (Eds.). (1998). *A Guide to Treatments That Work*. New York: Oxford University Press.

Nathan, P. E., and Gorman, J. M. (Eds.). (2002). *A Guide to Treatments That Work, Volume II*. New York: Oxford University Press.

- ANSIEDAD

Barlow, D. H., Raffa, S. D., and Cohen, E. M. (2002). Psychosocial treatments for panic disorders, phobias, and generalized anxiety disorder. In P. E. Nathan and J. M. Gorman (Eds.), *A Guide to Treatments that Work, Second Edition* (pp. 301–335). New York: Oxford University Press.

Beck, A., and Emory, G. (1990). *Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective*. New York: Basic.

Brown, T. A., O’Leary, T., and Barlow, D. H. (1994). Generalized anxiety disorder. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders* (pp. 154–208). New York: Guilford.

Chambless, D., Baker, M., Baucom, D., Beutler, L., Calhoun, K., Crits- Christoph, P., et al. (1998). Update on empirically validated therapies: II. *The Clinical Psychologist*, *51*

(1), 3–16.

Chambless, D., and Ollendick, T. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, *52*, 685–716.

Craske, M. G., Barlow, D. H., and O’Leary, T. (1993). *Mastery of Your Anxiety and Worry—Therapist Guide*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.

DiNardo, P. A., Brown, T. A., and Barlow, D. H. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM- IV: Lifetime Version*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.

Haley, J. (1984). *Ordeal Therapy*. San Francisco: Jossey- Bass.

Meyer, T., Miller, M., Metzger, R., and Borkovec, T. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, *28*, 487–495.

Rygh, J., and Sanderson, W. C. (2004). *Treating GAD: Evidence- based Strategies, Tools, and Techniques*. New York: Guilford.

- COMPORTAMIENTO TIPO A

Deffenbacher, J., McNamara, K., Stark, R., and Sabadell, P. (1990). A combination of cognitive, relaxation, and behavioral coping skills in the reduction of general anger. *Journal of College Student Development*, *31*, 351–358.

Deffenbacher, J., and Stark, R. (1992). Relaxation and cognitive relaxation treatments of general anger. *Journal of Counseling Psychology*, *39*, 158–167.

Hart, K. (1984). Anxiety management training and anger control for type A individuals. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *15*, 133–139.

Jenkins, C., Zyzanski, S., and Rosenman, R. (1979). *Jenkins Activity Survey*. New York: The Psychological Corporation.

Meichenbaum, D. (1993). Stress inoculation training: A 20- year update. In P. M. Lehrer and R. L. Woolfolk (Eds.), *Principles and Practice of Stress Management*, Second Edition (pp. 373–406) . New York: Guilford.

Meichenbaum, D. (1996). Stress inoculation training for coping with stressors. *The Clinical Psychologist*, *49* (4), 4–7.

Roskies, E. (1983). Stress management for type A individuals. In D. Meichenbaum and M. Jaremko (Eds.), *Stress Prevention and Reduction* (pp. 39–60). New York: Plenum.

Roskies, E. (1987). *Stress Management for the Healthy Type A: A Skills- training Program*. New York: Guilford.

Suinn, R. (1990). *Anxiety Management Training: A Behavior Therapy*. New York: Plenum.

- CONFLICTOS EN LAS RELACIONES ÍNTIMAS

Baucom, D. H., Shoham, V. M., Kim, T., Daiuto, A. D., and Stickle, T. R. (1998). Empirically supported couple and family interventions for marital distress and adult mental health problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *66* (1), 53–88.

Christensen, A., and Heavey, C. (1999). Interventions for couples. *Annual Review of Psychology*, 50, 165–190.

Holtzworth- Munroe, A. S., and Jacobson, N. S. (1991). Behavioral marital therapy. In A. S. Gurman and D. P. Knickerson (Eds.), *Handbook of Family Therapy, Second Edition* (pp. 96–133). Levittown, PA: Brunner / Mazel.

Jacobson, N. S., and Addis, M. E. (1993). Research on couple therapy: What do we know? Where are we going? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 85–93.

Jacobson, N. S., and Christensen, A. (1996). *Integrative Couple Therapy: Promoting Acceptance and Change*. New York: Norton.

Jacobson, N. S., Christensen, A., Prince, S. E., Cordova, J., and Eldridge, K. (2000). Integrative behavioral couple therapy: An acceptance- based, promising new treatment for couple discord. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (2), 351–355.

Jacobson, N. S., and Gottman, J. (1998). *When Men Batter Women: New Insights into Ending Abusive Relationships*. New York: Simon & Schuster.

Jacobson, N. S., and Margolin, G. (1979). *Marital Therapy: Strategies Based on Social Learning and Behavior Exchange Principles*. Levittown, PA: Brunner / Mazel.

Jacobson, N. S., Schmaling, K. B., and Holtzworth- Munroe, A. (1987). Component analysis of behavioral marital therapy: Two- year follow- up and prediction of relapse. *Journal of Marital and Family Therapy*, 13, 187–195.

Snyder, D. K. (1997). *Marital Satisfaction Inventory—Revised*. Los Angeles: Western Psychological Services.

Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38, 15–28.

- CRIANZA DE LOS HIJOS

Brestan, E., and Eyberg, S. (1998). Effective psychosocial treatments of conductdisordered children and adolescents: 29 years, 82 studies, and 5,272 kids. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 180–189.

Forgatch, M., and DeGarmo, D. (1999). Parenting through change: An effective prevention program for single mothers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 711–724.

Graziano, A., and Diament, D. (1992). Parent behavioral training: An examination of the paradigm. *Behavior Modification*, 16, 3–38.

Kazdin, A. (1997). Parent management training: Evidence, outcomes, and issues. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1349–1356.

Long, P., Forehand, R., Wierson, M., and Morgan, A. (1994). Does parent training with young noncompliant children have long- term effects? *Behaviour Research and Therapy*, 32, 101–107.

Patterson, G., Dishion, T., and Chamberlain, P. (1993). Outcomes and methodological issues relating to treatment of antisocial children. In T. R. Giles (Ed.), *Handbook of Effective Psychotherapy* (pp. 43–87). New York: Plenum.

Sanders, M., and Dadds, M. (1993). *Behavioral Family Intervention*. Needham

Heights, MA: Allyn & Bacon.

Serketich, W., and Dumas, J. (1996). The effectiveness of behavioral parent training to modify antisocial behavior in children: A meta- analysis. *Behavior Therapy*, 27, 171–186.

Webster- Stratton, C. (1994). Advancing videotape parent training: A comparison study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 583–593.

- **DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS**

Abbot, P., Weller, S., Delaney, H., and Moore, B. (1998). Community reinforcement approach in the treatment of opiate addicts. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 24 (1), 17–30.

Epstein, E., and McGrady, B. (1998). Behavioral couples treatment of alcohol and drug use disorders: Current status and innovations. *Clinical Psychology Review*, 18, 689–711.

Finney, J., and Moos, R. (2002). Psychosocial treatments for alcohol use disorders. In P. E. Nathan and J. M. Gorman (Eds.), *A Guide to Treatments That Work, Volume II* (pp. 157–168). New York: Oxford University Press.

Marlatt, G., and Gordon, J. (1985). *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. New York: Guilford.

McCrary, B. (2001). Alcohol use disorders. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders, Third Edition* (pp. 376–433). New York: Guilford.

Miller, W., Andrews, N., Wilbourne, P., and Bennett, M. (1998). A wealth of alternatives: Effective treatments for alcohol problems. In W. R. Miller and N. Heather (Eds.), *Treating Addictive Behaviors, Second Edition* (pp. 203–216). New York: Plenum.

O'Farrell, T., Choquette, K., and Cutter, H. (1998). Couples relapse prevention sessions after Behavioral Marital Therapy for male alcoholics: Outcomes during the three years after starting treatment. *Journal of Studies on Alcohol*, 59, 357–370.

O'Farrell, T., Choquette, K., Cutter H., Brown, E., and McCourt, W. (1993). Behavioral Marital Therapy with and without additional couples relapse prevention sessions for alcoholics and their wives. *Journal of Studies on Alcohol*, 54, 652–666.

Ouimette, P., Finney, J., and Moos, R. (1997). Twelve step and cognitive- behavioral treatment for substance abuse: A comparison of treatment effectiveness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 230–240.

Project MATCH Research Group. (1997). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes. *Journal of Studies on Alcohol*, 58, 7–29.

Smith, J., Meyers, R., and Delaney, H. (1998). The community reinforcement approach with homeless alcohol- dependent individuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 541–548.

- **DEPRESIÓN**

Beck, A. T., and Steer, R. A. (1988). *Beck Hopelessness Scale*. San Antonio, TX: The

Psychological Corporation.

Beck, A. T., Steer, R. A., and Brown, G. K. (1996). *Beck Depression Inventory Manual, Second Edition*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., and Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford.

Beck, J. S. (1995). *Cognitive Therapy: Basics and Beyond*. New York: Guilford.

Klerman, G. L., Weissman, M. M., Rounasacille, B. J., and Chevron, E. S. (1984). *Interpersonal Psychotherapy of Depression*. New York: Basic.

Lewinson, P. M. (1974). A behavioural approach to depression. In R. J. Friedman and M. M. Katz (Eds.), *The Psychology of Depression* (pp. 157–186). New York: Wiley.

Lewinsohn, P. M., Antonuccio, D. O., Steinmetz, J. L., and Teri, L. (1984). *The Coping With Depression Course: A Psychoeducational Intervention for Unipolar Depression*. Eugene, OR: Castalia.

Nezu, A. M., Nezu, C. M., and Perri, M. G. (1989). *Problem- Solving Therapy for Depression: Theory, Research, and Clinical Guidelines*. New York: Wiley.

Weissman, M. M., Markowitz, J. C., and Klerman, G. L. (2000). *Comprehensive Guide to Interpersonal Psychotherapy*. New York: Basic.

Zimmerman, M., Coryell, W., Corenthal, C., and Wilson, S. (1986). A self- report scale to diagnose major depressive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 43, 1076–1081.

- DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA

Goldstein, I., Lue, T., Padma- Nathan, H., Rosen, R., Stern, W., and Wicker, P. (1998). Oral sildenafil in the treatment of erectile dysfunction. *New England Journal of Medicine*, 338, 1397–1404.

Heiman, J., and LoPiccolo, J. (1983). Clinical outcome of sex therapy. *Archives of General Psychiatry*, 40, 443–449.

Heiman, J., and Meston, M. (1997). Empirically validated treatment for sexual dysfunction. *Annual Review of Sex Research*, 8, 148–194.

Kaplan, H. (1988). *The Illustrated Manual of Sex Therapy*. Levittown, PA: Brunner / Mazel.

Masters, W., and Johnson, V. (1970). *Human Sexual Inadequacy*. Boston: Little, Brown, and Co.

Wincze, J., and Barlow, D. H. (1997). *Enhancing Sexuality: A Problem- solving Approach—Therapist Guide*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.

Wincze, J., and Carey, M. (1991). *Sexual Dysfunction: A Guide to Assessment and Treatment*. New York: Guilford.

Zimmer D. (1987). Does marital therapy enhance the effectiveness of treatment for sexual dysfunction? *Journal of Sex and Marital Therapy*, 13, 193–209.

- DISFUNCIÓN SEXUAL MASCULINA

Goldstein, I., Lue, T., Padma- Nathan, H., Rosen, R., Stern, W., and Wicker, P. (1998).

Oral sildenafil in the treatment of erectile dysfunction. *New England Journal of Medicine*, 338, 1397–1404.

Heiman, J., and LoPiccolo, J. (1983). Clinical outcome of sex therapy. *Archives of General Psychiatry*, 40, 443–449.

Heiman, J., and Meston, M. (1997). Empirically validated treatment for sexual dysfunction. *Annual Review of Sex Research*, 8, 148–194.

Kaplan, H. S. (1988). *The Illustrated Manual of Sex Therapy*. Levittown, PA: Brunner / Mazel.

Masters, W., and Johnson, V. (1970). *Human Sexual Inadequacy*. Boston: Little, Brown, and Co.

Wincze, J., and Barlow, D. H. (1997). *Enhancing Sexuality: A Problem-solving Approach—Therapist Guide*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.

Wincze, J. P., and Carey, M. P. (1991). *Sexual Dysfunction: A Guide to Assessment and Treatment*. New York: Guilford.

Zimmer, D. (1987). Does marital therapy enhance the effectiveness of treatment for sexual dysfunction? *Journal of Sex and Marital Therapy*, 13, 193–209.

- DOLOR CRÓNICO

Bradley, L. A., Young, L. D., Anderson, J. O., Turner, R. A., Agudelo, C. A., McDaniel, L. K., et al. (1987). Effects of psychological therapy on pain behavior of rheumatoid arthritis patients: Treatment outcome and six-month follow-up. *Arthritis & Rheumatism*, 30, 1105–1114.

Keefe, F. J., Beaupre, P. M., Gil, K. M., Rumble, M. E., and Aspnes, A. K. (2002). Group therapy for patients with chronic pain. In D. C. Turk and R. J. Gatchel (Eds.), *Psychological Approaches to Pain Management: A Practitioner's Handbook, Second Edition* (pp. 234–255). New York: Guilford.

Keefe, F. J., Caldwell, D. S., Williams, D. A., Gil, K. M., Mitchell, D., Robertson, D., et al. (1990). Pain coping skills training in the management of osteoarthritic knee pain: A comparative study. *Behavior Therapy*, 21, 49–62.

Keefe, F. J., and Gil, K. M. (1986). Behavioral concepts in the analysis of chronic pain syndromes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 776–783.

Syrjala, K. L., Donaldson, G. W., Davis, M. W., Kippes, M. E., and Carr, J. E. (1995). Relaxation and imagery and cognitive-behavioral training reduce pain during cancer treatment: A controlled clinical trial. *Pain*, 63, 189–198.

Turk, D. C., Meichenbaum, D., and Genest, M. (1983). *Pain and Behavioral Medicine: A Cognitive-Behavioral Perspective*. New York: Guilford.

Turner, J. A., and Clancy, S. (1988). Comparison of operant-behavioral and cognitive-behavioral group treatment for chronic low back pain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 573–579.

- FOBIA

Antony, M. M. (2001). Measures for specific phobia. In M. M. Antony, S. M. Orsillo, and I. Roemer (Eds.), *Practitioner's Guide to Empirically- Based Measures of Anxiety* (pp. 133–158). New York: Kluwer Academic / Plenum.

Bruce, T. J., and Sanderson, W. C. (1998). *Specific Phobias: Clinical Applications of Evidence- Based Psychotherapy*. Northvale, NJ: Jason Aronson.

Craske, M. G., Antony, M. M., and Barlow, D. H. (1997). *Mastery of Your Specific Phobia—Therapist Guide*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.

DiNardo, P. A., Brown, T. A., and Barlow, D. H. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM- IV: Lifetime Version*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.

Marks, I. (1978). *Living With Fear*. New York: McGraw Hill.

Ost, L. G., Fellenius, J., Sterner, U. (1991). Applied tension, exposure in vivo, and tension- only in the treatment of blood phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 29 (6), 561–574.

- MALESTAR SOCIAL

Antony, M. M., and Swinson, R. P. (2000). *Phobic Disorders and Panic in Adults: A Guide to Assessment and Treatment*. Washington, DC: American Psychological Association.

Beidel, D. C., and Turner, S. M. (1998). *Shy Children, Phobic Adults: Nature and Treatment of Social Phobia*. Washington, DC: American Psychological Association.

Bruce, T. J., and Saeed, S. A. (1999). Social anxiety disorder: A common, underrecognized mental disorder. *American Family Physician*, 60 (8), 2311–2320.

Chambless, D. L., Baker, M. J., Baucom, D., Beutler, L. E., Calhoun, K. S., Crits-Christoph, P., et al. (1998). Update on empirically validated therapies: II. *The Clinical Psychologist*, 51 (1), 3–16.

Chambless, D. L., and Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685–716.

Clark, D. M., and Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, et al. (Eds.), *Social Phobia: Diagnosis, Assessment, and Treatment* (pp. 69–93). New York: Guilford.

Cognitive Behavioral Group Therapy for Social Phobia. (Cost = \$20.00. Contact: Social Phobia Program, Department of Psychology, Temple University, Weiss Hall, 1701 N. 13th Street, Philadelphia, PA 19122- 6085. Telephone: (215) 204-1575, Fax: (215) 204- 2155, e- mail: rheimber@nimbus.ocis.temple.edu)

Crozier, W. R., and Alden, L. E. (2001). *International Handbook of Social Anxiety: Concepts, Research and Interventions Relating to the Self and Shyness*. New York: Wiley.

DiNardo, P. A., Brown, T. A., and Barlow, D. H. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM- IV: Lifetime Version*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.

Heimberg, R. G., and Becker, R. E. (2002). *Cognitive- Behavioral Group Therapy for*

Social Phobia: Basic Mechanisms and Clinical Strategies. New York: Guilford.

Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R., Hope, D. A., and Schneier, F. R. (Eds.). (1995). *Social Phobia: Diagnosis, Assessment, and Treatment*. New York: Guilford.

Hofmann, S. G., and DiBartolo, P. M. (2001). *From Social Anxiety to Social Phobia: Multiple Perspectives*. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.

Hope, D. A., Heimberg, R. G., Juster, H. R., and Turk, C. L. (2000). *Managing Social Anxiety*. Boulder, CO: Graywind Publications.

Mattick, R. P., and Clarke, J. C. (1998). Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 455–470.

Nathan, P. E., and Gorman, J. M. (Eds.). (2002). *A Guide to Treatments That Work, Volume II*. New York: Oxford University Press.

Paleg, K., and Jongsma, A. E. (2005). *The Group Therapy Treatment Planner, Second Edition*. New York: Wiley.

Rapee, R. M., and Sanderson, W. C. (1998). *Social Phobia: Clinical Application of Evidence-based Psychotherapy*. Northvale, NJ: Jason Aronson.

Schmidt, L. A., and Schulkin, J. (Eds.). (1999). *Extreme Fear, Shyness and Social Phobia: Origins, Biological Mechanisms, and Clinical Outcomes*. New York: Oxford University Press.

Scholing, A., Emmelcamp, P., and Van Oppen, P. (1996). Cognitive behavioral treatment of social phobia. In V. B. Van Hasselt and M. Hersen (Eds.), *Sourcebook of Psychological Treatment Manuals for Adult Disorders* (pp. 123–178). New York: Plenum.

Stein, M. B. (Ed.). (1995). *Social Phobia: Clinical and Research Perspectives*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Turk, C., Heimberg, R. G., and Hope, D. A. (2001). Social anxiety disorder. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders, Third Edition* (pp. 114–153). New York: Guilford.

Turner, S. M., Beidel, D. C., and Cooley, M. (1997). *Social Effectiveness Therapy: A Program for Overcoming Social Anxiety and Phobia*. Toronto, Canada: Multi-Health Systems.

- MANEJO DE LA IRA

Deffenbacher, J., Dahlen, E., Lynch, R., Morris, C., and Gowensmith, W. (2000). An application of Beck's cognitive therapy to general anger reduction. *Cognitive Therapy and Research*, 24, 689–687.

Deffenbacher, J., Oetting, E., Huff, M., Cornell, G., and Dallagher, C. (1996). Evaluation of two cognitive-behavioral approaches to general anger reduction. *Cognitive Therapy and Research*, 20, 551–573.

Deffenbacher, J., Story, D., Brandon, A., Hogg, J., and Hazaleus, S. (1988). Cognitive and cognitive relaxation treatment of anger. *Cognitive Therapy and Research*, 12, 167–184.

DiGiuseppe, R., and Tafrate, R. (2003). Anger treatment for adults: A meta-analytic review. *Clinical Psychology: Science & Practice, 10*, 70–84.

Feindler, E., and Ecton, R. (1986). *Adolescent Anger Control: Cognitive-Behavioral Techniques*. New York: Pergamon.

Meichenbaum, D. (1985). *Stress Inoculation Training*. New York: Pergamon.

Meichenbaum, D. (1993). Stress inoculation training: A twenty-year update. In R. L. Woolfolk and P. M. Lehrer (Eds.), *Principles and Practices of Stress Management* (pp. 373–406). New York: Guilford.

Meichenbaum, D. (2001). *Treatment of Individuals with Anger Control Problems and Aggressive Behaviors: A Clinical Handbook*. Clearwater, FL: Institute Press.

Novaco, R. (1975). *Anger Control: The Development and Evaluation of an Experimental Treatment*. Lexington, MA: Lexington Books.

Novaco, R. (1976). The functions and regulation of the arousal of anger. *American Journal of Psychiatry, 133*, 1124–1128.

Novaco, R. (1977). A stress inoculation approach to anger management in the training of law enforcement officers. *American Journal of Community Psychology, 5*, 327–346.

- MANÍA O HIPOMANÍA

Falloon, I., Boyd, J., and McGill, C. (1984). *Family Care of Schizophrenia: A Problem-solving Approach to the Treatment of Mental Illness*. New York: Guilford.

Miklowitz, D., George, E., Richards, J., Simoneau, T., and Suddath, R. (2003). A randomized study of family-focused psychoeducation and pharmacotherapy in the outpatient management of bipolar disorder. *Archives of General Psychiatry, 60*, 904–912.

Miklowitz, D., and Goldstein, M. (1997). *Bipolar Disorder: A Family-focused Treatment Approach*. New York: Guilford.

Miklowitz, D., and Hooley, J. (1998). Developing family psychoeducational treatments for patients with bipolar and other severe psychiatric disorders. *Journal of Marital and Family Therapy, 24* (4), 419–435.

Miklowitz, D., Simoneau, T., George, E., Richards, J., Kalbag, A., Sachs-Ericsson, N., and Suddath, R. (2000). Family-focused treatment of bipolar disorder: One-year effects of a psychoeducational program in conjunction with pharmacotherapy. *Biological Psychiatry, 48*, 582–592.

Miklowitz, D. (2001). Bipolar Disorder. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders: A Step-by-Step Treatment Manual, Third Edition*. New York: Guilford.

Otto, M., and Reilly-Harrington, N. (2002). Cognitive behavioral therapy for the management of bipolar disorder. In S. Hofmann and M. Tompson (Eds.), *Treating Chronic and Severe Mental Disorders: A Handbook of Empirically Supported Interventions*. New York: Guilford.

Rea, M., Tompson, M., Miklowitz, D., Goldstein, M., Hwang, S., and Mintz, J. (2003). Family focused treatment vs. individual treatment for bipolar disorder: Results of a

randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 482–492.

Simoneau, T., Miklowitz, D., Richards, J., Saleem, R., and George, E. (1999). Bipolar disorder and family communication: Effects of a psychoeducational treatment program. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 588–597.

Wendel, J., Miklowitz, D., Richards, J., and George, E. (2000). Expressed emotion and attributions in the relatives of bipolar patients: An analysis of problemsolving interactions. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 792–796.

- PÁNICO / AGORAFOBIA

Barlow, D. H., Craske, M. G., Cerny, J. A., and Klosko, J. (1986). Behavioral treatment of panic disorder. *Behavior Therapy*, 20, 261–282.

Chambless, D. L., Baker, M. J., Baucom, D., Beutler, L. E., Calhoun, K. S., Crits-Christoph, P., et al. (1998). Update on empirically validated therapies: II. *The Clinical Psychologist*, 51 (1), 3–16.

Chambless, D. L., Caputo, G. C., Jasin, S. E., Gracel, E. J., and Williams, C. (1985). The mobility inventory for agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 35–44.

Chambless, D. L., and Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685–716.

Clark, D., Salkovskis, P., Hackman, A., Middleton, H., Anastasiades, P., and Gelder, M. (1994). A comparison of cognitive therapy, applied relaxation, and imipramine in the treatment of panic disorder. *British Journal of Psychiatry*, 164, 759–769.

Craske, M. G., Barlow, D. H., and Meadows, E. (2000). *Mastery of Your Anxiety and Panic: Therapist's Guide for Anxiety, Panic, and Agoraphobia (MAP- 3)*. San Antonio, TX: Graywind / The Psychological Corporation.

Craske, M. G., and Barlow, D. H. (2000). *Mastery of Your Anxiety and Panic (MAP-3): Agoraphobia Supplement*. San Antonio, TX: Graywind / The Psychological Corporation.

DiNardo, P. A., Brown, T. A., and Barlow, D. H. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM- IV: Lifetime Version*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.

Nathan, P. E., and Gorman, J. M. (Eds.). (2002). *A Guide to Treatments That Work, Volume II*. New York: Oxford University Press.

Reiss, S., Peterson, R. A., Gursky, D. M., and McNally, R. J. (1986). Anxiety sensitivity, anxiety frequency, and the prediction of fearfulness. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 1–8.

- PERSONALIDAD LÍMITE

Beck, A., Rush, A., Shaw, B., and Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford.

Linehan, M. (1993). *Cognitive Behavioral Treatment for Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford.

- Linehan, M. (1993). *Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford.
- Linehan, M., Armstrong, H., Suarez, A., Allmon, D., and Heard, H. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, *48*, 1060–1064.
- Linehan, M., Cochran, B. N., and Kehrer, C. A. (2001). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders: A Step-by-Step Treatment Manual, Third Edition* (pp. 332–375). New York: Guilford.
- Linehan, M., Heard, H., and Armstrong, H. (1993). Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, *50*, 971–974.
- Linehan, M., Schmidt, H., Dimeff, L., Craft, J., Kanter, J., and Comtois, K. (1999). Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *American Journal on Addiction*, *8* (4), 279–292.
- Linehan, M., Tutek, D., Heard, H., and Armstrong, H. (1992). Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients. *American Journal of Psychiatry*, *151* (12), 1771–1775.
- Resick, P., and Calhoun, K., (2001). Posttraumatic stress disorder. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders: A Step-by-Step Treatment Manual, Third Edition* (pp. 60–113). New York: Guilford.
- Safer, D., Telch, C., and Agras, W. (2001). Dialectical behavior therapy for bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, *158* (4), 632–634.

- SOMATIZACIÓN

- Hollander, E., Allen, A, Kwon, J., Aronowitz, B., Schmeidler, J., Wong, C., and Simeon, D. (1999). Clomipramine vs. desipramine crossover trial in body dysmorphic disorder: Selective efficacy of a serotonin reuptake inhibitor in imagined ugliness. *Archives of General Psychiatry*, *56*, 1033–1099.
- Hollander, E., Cohen, L., Simeon, D., Rosen, J., DeCaria, C., and Stein, D. J. (1994). Fluvoxamine treatment of body dysmorphic disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, *14*, 75–77.
- Hollander, E., Liebowitz, M., Winchel, R., Klumker, A., and Klein D. F. (1989). Treatment of body dysmorphic disorder with serotonin reuptake inhibitors. *American Journal of Psychiatry*, *146*, 768–770.
- McKay, D. (1999). Two-year follow-up of behavioral treatment and maintenance for body dysmorphic disorder. *Behavior Modification*, *23*, 620–629.
- Newell, R., and Shrubbs, S. (1994). Attitude change and behavior therapy in body dysmorphic disorder: Two case reports. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, *22*, 163–169.
- Neziroglu, F., and Yaryura, T. (1993). Exposure, response prevention, and cognitive therapy in the treatment of body dysmorphic disorder. *Behavior Therapy*, *24*, 431–438.

Perugi, G., Giannotti, D., DiVaio, S., Frare, F., Saettoni, M., and Cassano, G. B. (1996). Fluvoxamine in the treatment of body dysmorphic disorder (dysmorphophobia). *International Journal of Clinical Psychopharmacology*, *11*, 247–254.

Phillips, K., Dwight, M., and McElroy, S. (1998). Efficacy and safety of fluvoxamine in body dysmorphic disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, *59*, 165–171.

Rosen, J., Reiter, P., and Orosan, P. (1995). Cognitive-behavioral body image therapy for body dysmorphic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *63*, 263–269.

Schmidt, N., and Harrington, P. (1995). Cognitive-behavioral treatment of body dysmorphic disorder: A case report. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *26*, 161–167.

Veale, D., Gournay, K., Dryden, W., Boocock, A., Shah, F., Willson, R., and Walburn, J. (1996). Body dysmorphic disorder. A cognitive-behavioural model and pilot randomized trial. *Behaviour Research and Therapy*, *34*, 717–729.

Wilhelm, S., Otto, M., Lohr, B., and Deckersbach, T. (1999). Cognitive behavior group therapy for body dysmorphic disorder: A case series. *Behaviour Research and Therapy*, *37*, 71–75.

- TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Agras, W., Walsh, B., Fairburn, C., Wilson, G., and Kraemer, H. (2000). A multicenter comparison of cognitive-behavioural therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, *57*, 459–466.

Fairburn, C. G., Marcus, M. D., and Wilson, G. T. (1993). Cognitive-behavioral therapy for binge eating and bulimia nervosa. In C. G. Fairburn and G. T. Wilson (Eds.), *Binge Eating: Nature, Assessment, and Treatment* (pp. 361–404). New York: Guilford.

Fairburn, C. G., Jones, R., Peveler, R. C., Carr, S. J., Solomon, R. A., O’Conner, M. E., et al. (1991). Three psychological treatments for bulimia nervosa: A comparative trial. *Archives of General Psychiatry*, *48*, 463–469.

Garner, D. M. (1991). *Eating Disorders Inventory–2*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

Wilson, G. T., and Pike, K. M. (2001). Eating disorders. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders: A Step-by-Step Treatment Manual, Third Edition* (pp. 332–375). New York: Guilford.

Wilson, G. T., and Fairburn, C. G. (2001). Treatments for eating disorders. In P. E. Nathan and J. M. Gorman (Eds.), *A Guide to Treatments That Work, Second Edition* (pp. 559–592). New York: Oxford University Press.

Wilson, G. T., Fairburn, C. G., and Agras, W. S. (1997). Cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa. In D. M. Garner and P. Garfinkel (Eds.), *Handbook of Treatment for Eating Disorders* (pp. 67–93). New York: Guilford.

- TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO (TOC)

DiNardo, P. A., Brown, T. A., and Barlow, D. H. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM- IV: Lifetime Version*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.

Foa, E. B., and Franklin, M. E. (2001). Obsessive- compulsive disorder . In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders: A Step- by- Step Treatment Manual, Third Edition* (pp. 209–263). New York: Guilford.

Franklin, R., March, J., and Foa, E. B. (2002). Obsessive- compulsive disorder. In M. Hersen (Ed.), *Clinical Behavior Therapy: Adults and Children* (pp. 276–303). New York: Wiley.

Goodman, W., Price, L., Rasmussen, S., Mazure, C., Delgado, P., Heninger, G., and Charney, D. (1989). The Yale- Brown Obsessive- Compulsive Scale II. Validity. *Archives of General Psychiatry, 46*, 1012–1016.

Goodman, W., Price, L., Rasmussen, S., Mazure, C., Fleishmann, R., Hill, C., et al. (1989). The Yale- Brown Obsessive- Compulsive Scale I: Development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry, 46*, 1006–1011.

Hiss, H., Foa, E. B., and Kozak, M. J. (1994). A relapse prevention program for treatment of obsessive compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*, 801–808.

McGinn, L., and Sanderson, W. C. (1999). *Treatment of Obsessive- Compulsive Disorder*. Northvale, NJ: Jason Aronson.

Riggs, D. S., and Foa, E. B. (1993). Obsessive- compulsive disorder. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders, Second Edition* (pp. 189–239). New York: Guilford.

Salkovskis, P. M., and Kirk, J. (1997). Obsessive- compulsive disorder. In D. M. Clark and C. G. Fairburn (Eds.), *Science and Practice of Cognitive Behaviour Therapy* (pp. 179–208) . Oxford, UK: Oxford University Press.

Steketee, G. (1993). *Treatment of Obsessive Compulsive Disorder*. New York: Guilford.

Turner, S. M., and Beidel, D. C. (1988). *Treating Obsessive- Compulsive Disorder*. New York: Pergamon.

- TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (TEPT)

Bryant, R. A., and Harvey, A. G. (2000). *Acute Stress Disorder: A Handbook of Theory, Assessment, and Treatment*. Washington, DC: American Psychological Association.

Dunmore, E., Clark, D. M., and Ehlers, A. (2001). A prospective investigation of the role of cognitive factors in persistent posttraumatic stress disorder (PTSD) after physical or sexual assault. *Behaviour Research and Therapy, 39*, 1063–1084.

Ehlers, A., and Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy, 38*, 319–345.

Falsetti, S. A., and Resnick, H. S. (2001). Posttraumatic stress disorder. In W. J. Lyddon and J. V. Jones, Jr. (Eds.), *Empirically Supported Cognitive Therapies: Current and Future Applications*. (pp. 182–199). New York: Springer.

Foa, E. B., Dancu, C. V., Hembree, E. A., Jaycox, L. H., Meadows, E. A., and Street,

- G. (1999). A comparison of exposure therapy, stress inoculation training and their combination for reducing posttraumatic stress disorder in female assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 194–200.
- Foa, E. B., Keane, T. M., and Friedman, M. J. (2004). *Effective Treatments for PTSD: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. New York: Guilford.
- Foa, E. B., and Rothbaum, B. O. (1998). *Treating the Trauma of Rape: Cognitive-Behavioral Therapy for PTSD*. New York: Guilford.
- Foy, D. W. (Ed.). (1992). *Treating PTSD: Cognitive Behavioral Strategies*. New York: Guilford.
- Marks, I., Lovell, K., Noshirvani, H., Livanou, M., and Thrasher, S. (1998). Treatment of posttraumatic stress disorder by exposure and / or cognitive restructuring: A controlled study. *Archives of General Psychiatry*, 55, 317–325.
- McNally, R. J. (2003). *Remembering Trauma*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Meichenbaum, D. A. (1995). *A Clinical Handbook / Practical Therapist Manual for Assessing and Treating Adults with Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD)*. Ontario, Canada: Institute Press.
- Najavits, L. M. (2002). *Seeking Safety: A Treatment Manual for PTSD and Substance Abuse*. New York: Guilford.
- Padesky, C., Candido, D., Cohen, A., Gluhoski, V., McGinn, L., Sisti, M., and Westover, S. (2002). Academy of Cognitive Therapy's Trauma Task Force Report. [online]. Available: <http://academyofct.org/Info/Zoom.asp?InfoID=150&szparent=127>
- Resick, P. A., and Calhoun, K. S. (2001). Posttraumatic stress disorder. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders: A Step-by-Step Treatment Manual, Third Edition* (pp. 60–113). New York: Guilford.
- Resick, P. A., and Schnicke, M. K. (1996). *Cognitive Processing Therapy for Rape Victims: A Treatment Manual*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Wilson, J. P., Friedman, M. J., and Lindy, J. D. (Eds.). (2001). *Treating Psychological Trauma and PTSD*. New York: Guilford.
- Wilson, J. P., and Keane, T. M. (Eds.). (1997). *Assessing Psychological Trauma and PTSD*. New York: Guilford.
- Yule, W. (Ed.). (1999). *Post-Traumatic Stress Disorders: Concepts and Therapy*. New York: Wiley.

- TRASTORNO DEL SUEÑO

- Bootzin, R. (1972). A stimulus control treatment for insomnia. *American Psychological Association Proceedings*, 395–396.
- Bootzin, R., and Nicassio, P. (1978). Behavioral treatments for insomnia. In M. Hersen, R. Eisler, and P. Miller (Eds.), *Progress in Behavior Modification, Volume 6* (pp. 1–45). New York: Academic Press.
- Morin, C. (1996). *Insomnia: Psychological Assessment and Management*. New

York:Guilford.

Morin, C., Hauri, P., Espie, C., Spielman, A., Buysse, D., and Bootzin, R. (1999). Nonpharmacologic treatment of chronic insomnia: An American Academy of Sleep Medicine review. *Sleep*, 22 (8), 1134–1156.

Murtagh, D. R., and Greenwood, K. M. (1995). Identifying effective psychological treatments for insomnia: A meta- analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 79–89.

Sloan, E., Hauri, P., Bootzin, R., Morin, C., Stevenson, M., and Shapiro, C. (1993). The nuts and bolts of behavioral therapy for insomnia. *Journal of Psychosomatic Research*, 37 (Suppl.1), 19–37.

APÉNDICE C
ÍNDICE DE LOS CÓDIGOS DSM-IV
ASOCIADOS CON LOS PROBLEMAS
OBJETO DE CONSULTA

Abuso de alcohol	305.00
Dependencia de sustancias	
Dependencia de sustancias – Recaída	
Trastorno por déficit de atención (TDA) – Adulto	
Trastorno por estrés postraumático (TEPT)	
Abuso de cannabis	305.20
Trastorno por déficit de atención (TDA) – Adulto	
Abuso de cocaína	305.60
Dependencia de sustancias	
Abuso físico del adulto (por alguien distinto a la pareja)	V61.83
Manejo de la ira	
Abuso físico del adulto (por la pareja)	V61.12
Manejo de la ira	
Abuso físico del adulto (si el objeto de atención clínica es la víctima)	995.81
Dependencia	
Trastorno por estrés postraumático (TEPT)	
Abuso físico del niño	V61.21
Crianza de los hijos	
Abuso físico del niño (si el objeto de atención clínica es la víctima)	995.54
Dependencia	
Trastorno por estrés postraumático (TEPT)	

Abuso sexual del adulto (si el objeto de atención clínica es la víctima)	995.83
Abuso sexual	
Trastorno por estrés postraumático (TEPT)	
Abuso sexual del niño	V61.21
Crianza de los hijos	
Abuso sexual del niño (si el objeto de atención clínica es la víctima)	995.53
Abuso sexual	
Disfunción sexual femenina	
Disfunción sexual masculina	
Trastorno por estrés postraumático (TEPT)	
Traumas infantiles	
Agorafobia sin historia de trastorno de angustia	300.22
Pánico / agorafobia	
Amnesia disociativa	300.12
Disociación	
Anorexia nerviosa	307.1
Trastorno de la conducta alimentaria	
Bulimia nerviosa	307.51
Trastorno de la conducta alimentaria	
Cambio de personalidad debido a trastorno del Eje III	310.1
Déficits cognoscitivos	
Depresión	
Ideación paranoide	
Manejo de la ira	
Manía o hipomanía	
Psicoticismo	
Trastorno del control de los impulsos	
Capacidad intelectual límite	V62.89
Déficits educativos	
Cleptomanía	312.32
Conflictos legales	
Trastorno del control de los impulsos	

Comportamiento antisocial del adulto	V71.01
Conflictos legales	
Dependencia de sustancias	
Demencia debida a trastorno del eje III	294.1
Déficits cognoscitivos	
Demencia no especificada	294.8
Déficits cognoscitivos	
Demencia persistente inducida por alcohol	291.2
Déficits cognoscitivos	
Dependencia de sustancias	
Dependencia de cannabis	304.30
Conflictos legales	
Déficits cognoscitivos	
Dependencia de sustancias	
Dependencia de sustancias – Recaída	
Trastorno por déficit de atención (TDA) – Adulto	
Trastorno por estrés postraumático (TEPT)	
Dependencia de cocaína	304.20
Conducta antisocial	
Conflicto familiar	
Conflictos legales	
Dependencia de sustancias	
Dependencia de sustancias – Recaída	
Estrés profesional	
Trastorno por estrés postraumático (TEPT)	
Dependencia de opiáceos	304.00
Trastorno por estrés postraumático (TEPT)	
Dependencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos	304.10
Dependencia de sustancias	
Dolor crónico	
Dependencia de varias sustancias	304.80
Abuso sexual	
Conducta antisocial	

Conflicto familiar	
Conflictos legales	
Dependencia de sustancias	
Dependencia de sustancias – Recaída	
Dolor crónico	
Estrés profesional	
Trastorno por estrés postraumático (TEPT)	
Dependencia del alcohol	303.90
Abuso sexual	
Conducta antisocial	
Conflicto familiar	
Conflictos legales	
Déficits cognoscitivos	
Dependencia de sustancias	
Dependencia de sustancias – Adulto	
Disociación	
Estrés profesional	
Trastorno por déficit de atención (TDA) – Adulto	
Trastorno por estrés postraumático (TEPT)	
Deseo sexual hipoactivo	302.71
Disfunción sexual femenina	
Disfunción sexual masculina	
Deseo sexual hipoactivo en el varón, debido a trastorno en el eje III	608.89
Disfunción sexual masculina	
Deseo sexual hipoactivo en la mujer, debido a trastorno en el eje III	625.8
Disfunción sexual femenina	
Disfunción sexual no especificada	302.70
Disfunción sexual femenina	
Disfunción sexual masculina	
Dolor crónico	
Dispareunia (no debida a una enfermedad médica)	302.76
Disfunción sexual femenina	
Disfunción sexual masculina	
Dispareunia femenina debida a un trastorno del eje III	625.0

Disfunción sexual femenina	
Dispareunia masculina debida a trastorno del eje III	608.89
Disfunción sexual masculina	
Duelo	V62.82
Depresión	
Duelo / pérdida no resuelto	
Esquizofrenia	295.xx
Psicoticismo	
Esquizofrenia, tipo paranoide	295.30
Ideación paranoide	
Psicoticismo	
Eyacuación precoz	302.75
Disfunción sexual masculina	
Factores psicológicos que afectan al estado físico (trastorno del Eje III)	316
Problemas médicos	
Fobia específica	300.29
Fobia	
Fobia social	300.23
Baja autoestima	
Ideación paranoide	
Malestar social	
Hipersomnia primaria	307.44
Trastorno del sueño	
Hipocondría	300.7
Somatización	
Insomnio primario	307.42
Trastorno del sueño	
Juego patológico	312.31

Trastorno del control de los impulsos	
Negligencia de la infancia	V6.21
Crianza de los hijos	
Negligencia de la infancia (si el objeto de atención clínica es la víctima)	995.52
Traumas infantiles	
Pesadillas	307.47
Trastorno del sueño	
Piromanía	312.33
Trastorno del control de los impulsos	
Problema académico	V62.3
Déficits educativos	
Problema biográfico	V62.89
Problemas biográficos	
Problema de identidad	313.82
Problemas biográficos	
Identidad sexual confusa - Adulto	
Problema laboral	V62.2
Déficits educativos	
Estrés profesional	
Problemas conyugales	V61.1
Crianza de los hijos	
Problemas biográficos	
Problemas paterno-filiales	V61.20
Crianza de los hijos	
Problemas biográficos	
Retraso mental leve	317
Déficits educativos	
Sonambulismo	307.46

Trastorno del sueño	
Terrores nocturnos	307.46
Trastorno del sueño	
Trastorno adaptativo con alteración mixta de las emociones y el comportamiento	309.4
Crianza de los hijos	
Problemas médicos	
Trastorno adaptativo con ansiedad	309.24
Ansiedad	
Conflictos en las relaciones íntimas	
Estrés profesional	
Identidad sexual confusa - Adulto	
Problemas biográficos	
Problemas médicos	
Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo	309.0
Conflictos en las relaciones íntimas	
Depresión	
Duelo / pérdida no resuelto	
Estrés económico	
Estrés profesional	
Identidad sexual confusa - Adulto	
Problemas biográficos	
Problemas médicos	
Trastorno adaptativo con trastorno de comportamiento	309.3
Crianza de los hijos	
Conducta antisocial	
Conflictos legales	
Duelo / pérdida no resuelto	
Problemas médicos	
Trastorno adaptativo mixto, con ansiedad y estado de ánimo depresivo	309.28
Identidad sexual confusa - Adulto	
Problemas biográficos	
Problemas médicos	
Trastorno amnésico debido a trastorno del eje III	294.0

Déficits cognoscitivos	
Trastorno amnésico no especificado	294.8
Déficits cognoscitivos	
Trastorno amnésico persistente inducido por alcohol	291.1
Déficits cognoscitivos	
Dependencia de sustancias	
Dependencia de sustancias – Recaída	
Trastorno antisocial de la personalidad	301.7
Conducta antisocial	
Conflicto familiar	
Conflictos legales	
Crianza de los hijos	
Dependencia de sustancias	
Dependencia de sustancias – Recaída	
Estrés económico	
Estrés profesional	
Manejo de la ira	
Trastorno del control de los impulsos	
Traumas infantiles	
Trastorno bipolar I	296.xx
Baja autoestima	
Depresión	
Ideación suicida	
Manejo de la ira	
Manía o hipomanía	
Psicoticismo	
Trastorno por déficit de atención (TDA) – Adulto	
Trastorno bipolar I, episodio más reciente maníaco	296.4x
Estrés económico	
Trastorno bipolar II	296.89
Baja autoestima	
Comportamiento Tipo A	
Depresión	
Estrés económico	
Ideación suicida	

Manejo de la ira	
Manía o hipomanía	
Psicoticismo	
Trastorno bipolar no especificado	296.80
Manía o hipomanía	
Trastorno ciclotímico	301.13
Depresión	
Manía o hipomanía	
Trastorno por déficit de atención (TDA) – Adulto	
Trastorno cognoscitivo no especificado	294.9
Déficits cognoscitivos	
Trastorno de angustia con agorafobia	300.21
Pánico / agorafobia	
Trastorno de angustia sin agorafobia	300.01
Pánico / agorafobia	
Trastorno de ansiedad generalizada	300.02
Abuso sexual	
Ansiedad	
Comportamiento Tipo A	
Identidad sexual confusa – Adulto	
Problemas médicos	
Traumata infantiles	
Trastorno de ansiedad no especificado	300.00
Ansiedad	
Conflicto familiar	
Conflictos en las relaciones íntimas	
Confusión espiritual	
Identidad sexual confusa – Adulto	
Problemas médicos	
Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC)	
Trastorno de comportamiento perturbador no especificado	312.9
Crianza de los hijos	

Trastorno de conversión	300.11
Dolor crónico	
Somatización	
Trastorno de despersonalización	300.6
Disociación	
Trastorno por estrés postraumático (TEPT)	
Trastorno de identidad disociativo	300.14
Abuso sexual	
Disociación	
Trastorno por estrés postraumático (TEPT)	
Traumas infantiles	
Trastorno de la conducta alimentaria no especificado	307.50
Trastorno de la conducta alimentaria	
Trastorno de la erección en el varón debido a trastorno del eje III	607.84
Disfunción sexual masculina	
Trastorno de la excitación sexual en la mujer	302.72
Disfunción sexual femenina	
Trastorno de la expresión escrita	315.2
Déficits educativos	
Trastorno de la identidad sexual en la adolescencia o en la vida adulta	302.85
Identidad sexual confusa - Adulto	
Trastorno de la lectura	315.00
Déficits educativos	
Trastorno de la personalidad por dependencia	301.6
Abuso sexual	
Conflicto familiar	
Crianza de los hijos	
Dependencia	
Trastorno de la conducta alimentaria	
Traumas infantiles	

Trastorno de la personalidad por evitación	301.82
Abuso sexual	
Dependencia	
Identidad sexual confusa – Adulto	
Malestar social	
Trastorno obsesivo-compulsivo	
Trastorno de personalidad no especificado	301.9
Conflicto familiar	
Conflictos en las relaciones íntimas	
Depresión	
Estrés profesional	
Manejo de la ira	
Personalidad límite	
Trastorno por estrés postraumático (TEPT)	
Trastorno de somatización	300.81
Dolor crónico Somatización	
Trastorno del control de los impulsos no especificado	312.30
Trastorno del control de los impulsos	
Trastorno por déficit de atención (TDA) – Adulto	
Trastorno del estado de ánimo no especificado	296.90
Trastorno por déficit de atención (TDA) – Adulto	
Trastorno del ritmo circadiano	307.45
Trastorno del sueño	
Trastorno delirante	297.1
Ideación paranoide	
Psicoticismo	
Trastorno depresivo mayor	296.xx
Abuso sexual	
Baja autoestima	
Confusión espiritual	
Estrés económico	
Estrés profesional	
Malestar social	

Problemas médicos	
Psicoticismo	
Trastorno del sueño	
Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC)	
Trastorno por estrés postraumático (TEPT)	
Traumas infantiles	
Trastorno depresivo mayor, episodio único	296.2x
Depresión	
Duelo / pérdida no resuelto	
Identidad sexual confusa – Adulto	
Ideación suicida	
Trastorno depresivo mayor, recidivante	296.3x
Depresión	
Dolor crónico	
Duelo / pérdida no resuelto	
Ideación suicida	
Identidad sexual confusa – Adulto	
Personalidad límite	
Trastorno depresivo no especificado	311
Conflictos en las relaciones íntimas	
Confusión espiritual	
Problemas médicos	
Trastorno dismórfico corporal	300.7
Malestar social	
Somatización	
Trastorno disocial	312.8
Conducta antisocial	
Manejo de la ira	
Trastorno disocial, tipo de inicio adolescente	312.8
Crianza de los hijos	
Trastorno disociativo no especificado	300.15
Abuso sexual	
Disociación	
Trastorno por estrés postraumático (TEPT)	

Trastorno distímico	300.4
Abuso sexual	
Baja autoestima	
Conflicto familiar	
Conflictos en las relaciones íntimas	
Confusión espiritual	
Dependencia	
Dependencia de sustancias	
Dependencia de sustancias – Recaída	
Depresión	
Duelo / pérdida no resuelto	
Estrés profesional	
Ideación suicida	
Identidad sexual confusa – Adulto	
Malestar social	
Personalidad límite	
Somatización	
Trastorno del sueño	
Traumata infantiles	
Trastorno esquizoafectivo	295.70
Depresión	
Manía o hipomanía	
Psicoticismo	
Trastorno esquizofreniforme	295.40
Psicoticismo	
Trastorno esquizoide de la personalidad	301.20
Conflictos en las relaciones íntimas	
Trastorno esquizotípico de la personalidad	301.22
Ideación paranoide	
Malestar social	
Trastorno explosivo intermitente	312.34
Conducta antisocial	
Conflicto familiar	
Conflictos en las relaciones íntimas	
Dependencia de sustancias	

Manejo de la ira	
Trastorno del control de los impulsos	
Trastorno límite de la personalidad	301.83
Conflicto familiar	
Dependencia	
Estrés económico	
Ideación suicida	
Identidad sexual confusa – Adulto	
Manejo de la ira	
Personalidad límite	
Trastorno del control de los impulsos	
Trastorno por estrés postraumático (TEPT)	
Trastorno narcisista de la personalidad	301.81
Conducta antisocial	
Conflictos en las relaciones íntimas	
Crianza de los hijos	
Estrés profesional	
Identidad sexual confusa – Adultos	
Manejo de la ira	
Trastorno negativista desafiante	313.81
Crianza de los hijos	
Trastorno obsesivo-compulsivo	300.3
Comportamiento Tipo A	
Dolor crónico	
Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC)	
Traumas infantiles	
Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad	301.4
Comportamiento Tipo A	
Trastorno obsesivo-compulsivo	
Traumas infantiles	
Trastorno orgásmico femenino	302.73
Disfunción sexual femenina	
Trastorno orgásmico masculino	302.74
Disfunción sexual masculina	

Trastorno paranoide de la personalidad	301.0
Estrés profesional	
Ideación paranoide	
Malestar social	
Manejo de la ira	
Trastorno por aversión al sexo	302.79
Disfunción sexual femenina	
Disfunción sexual masculina	
Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, no especificado	314.9
Trastorno por déficit de atención (TDA) – Adulto	
Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado	314.01
Crianza de los hijos	
Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio del déficit de atención	314.00
Trastorno por déficit de atención - Adulto	
Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo-compulsivo	314.01
Trastorno por déficit de atención – Adulto	
Trastorno por dolor asociado a factores psicológicos	307.80
Dolor crónico	
Somatización	
Trastorno por dolor asociado a factores psicológicos y a enfermedad médica	307.89
Dolor crónico	
Somatización	
Trastorno por estrés agudo	308.3
Trastorno por estrés postraumático (TEPT)	
Trastorno por estrés postraumático	309.81
Conflictos en las relaciones íntimas	
Dependencia de sustancias	
Dependencia de sustancias – Recaída	

Manejo de la ira	
Trastorno del sueño	
Trastorno por estrés postraumático (TEPT)	
Traumas infantiles	
Trastorno psicótico breve	298.8
Psicoticismo	
Trastorno sexual no especificado	302.9
Identidad sexual confusa – Adulto	
Trastorno somatomorfo indiferenciado	300.81
Somatización	
Tricotilomanía	312.39
Trastorno del control de los impulsos	
Vaginismo (no debido a una enfermedad médica)	306.51
Disfunción sexual femenina	

PROCOLOS DE PSICOTERAPIA®

El sistema más vendido de planes de tratamiento para los profesionales de la salud mental

En Planes de tratamiento para la psicoterapia con adultos, encontrará todos los elementos necesarios para diseñar rápida y fácilmente planes de tratamiento formales cumpliendo los requisitos de sociedades médicas, compañías de seguros, organismos de financiación, administraciones públicas y otros terceros pagadores.

- Una edición con tratamientos basados en la evidencia y demostrados empíricamente.
- Organizada en torno a 43 principales problemas motivo de consulta, como el manejo de la ira, la adicción a sustancias, la depresión, los problemas económicos, la baja autoestima y el trastorno obsesivo compulsivo.
- Se proponen más de 1.000 metas, objetivos e intervenciones de tratamiento, que puede completar con sus propias opciones de tratamiento.
- Un formato por referencias fácil de usar que ayuda a localizar los diferentes elementos de los planes de tratamiento ordenados por problema conductual.
- Incluye como muestra un plan de tratamiento que cumple los requisitos de la mayoría de organismos de financiación y agencias de acreditación de EE.UU., incluidas la Comisión de Acreditación de Centros de Rehabilitación (CARF), la Comisión Mixta de Acreditación de Organizaciones Sanitarias (JCAHO), y el Comité Estadounidense para el Control de la Calidad (NCQA).

DR. ARTHUR E. JONGSMA, JR. es el editor de la exitosa colección *Protocolos de Psicoterapia*®. Desde 1971 ha ofrecido servicios profesionales en salud mental tanto a pacientes hospitalarios como ambulatorios. Dirigió durante 25 años un consultorio privado de médicos y en la actualidad es Director ejecutivo de Life Guidance Services, en Grand Rapids, Michigan.

L. MARK PETERSON, miembro de la ACSW (Academia de Trabajadores Sociales Titulados), es gestor de proyectos en Bethany Christian Services (programas de tratamiento residencial y terapia familiar) en Grand Rapids, Michigan.

DR. TIMOTHY J. BRUCE, profesor y jefe interino del Departamento de Psiquiatría y Medicina Conductual de la Universidad de Illinois, Facultad de Medicina, en Peoria (Illinois).

ISBN: 978-84-940250-5-1



9 788494 025051

Para mayor información sobre los
PROCOLOS DE PSICOTERAPIA®
visite nuestra web:
www.editorialeftheria.com



La Contratransferencia en las psicoterapias corporales

–Reich, Lowen, Pierrakos–
Un acercamiento caracterológico

Andrés Leites, Ph.D.



La contratransferencia en las psicoterapias corporales

Leites, Andrés

9788494501906

210 Páginas

[Cómpralo y empieza a leer](#)

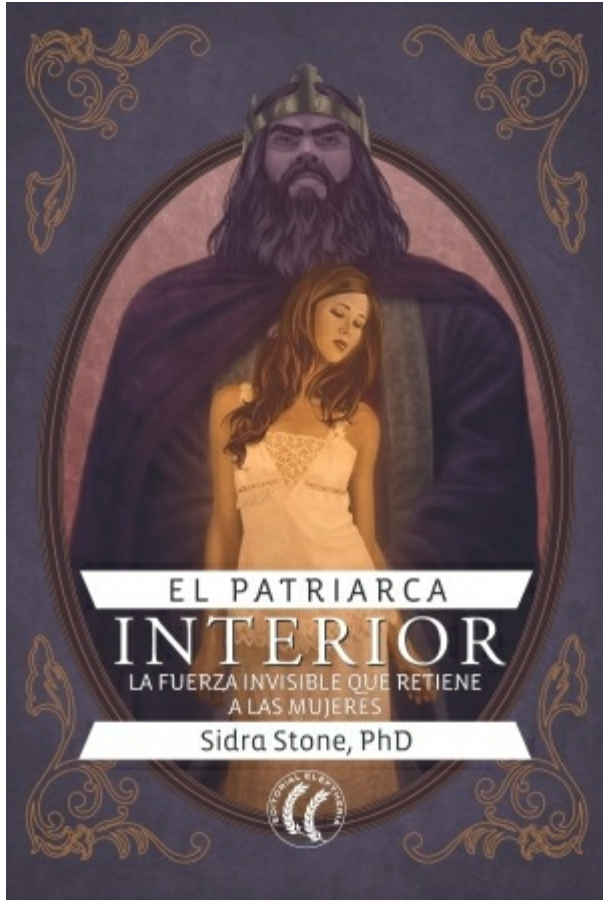
Este es un libro técnico escrito para el terapeuta practicante que quiere profundizar en el entendimiento de sí mismo, de su práctica y de sus pacientes. Puede ser usado simplemente como un manual de referencia para ser consultado periódicamente, pero su propósito principal es el de despertar en el terapeuta un nuevo acercamiento a la contratransferencia.

La contratransferencia ubica al terapeuta en la misma naturaleza del paciente: ambos tienen fronteras inexploradas, resistencias, vulnerabilidades y sobre todo ambos están en la búsqueda del autoconocimiento.

Desde la perspectiva del Análisis bioenergético, la Core energética y sus estructuras caracterológicas el autor aporta nuevos datos en la relación terapeuta paciente ofreciendo a la luz de la consciencia una guía de posibles reacciones contra-transferenciales.

En la segunda parte de este libro, Los modificadores de la consciencia, Andrés Leites crea un puente entre las caracterologías del Pathwork y las de la bioenergética permitiendo así un diagnóstico diferencial mucho más preciso.

[Cómpralo y empieza a leer](#)



El patriarca interior

Stone, Sidra

9788494501951

234 Páginas

[Cómpralo y empieza a leer](#)

El patriarca interior es de lectura obligatoria para la gran mayoría de mujeres. Sidra Stone nos enseña que la revolución femenina es también un trabajo interno. A pesar de que el sistema externo ha cambiado un poco, muchas de nuestras creencias inconscientes no lo han hecho.

Nuestro poder femenino, la sexualidad, los roles relacionales y las emociones están inconscientemente influenciados por una voz interior producto de más de dos mil años de patriarcado. Este libro facilita el cambio en nosotras mismas, nos muestra que dentro de cada una de nosotras vive un patriarca interno, un rey en la sombra, que continúa dirigiéndonos según las viejas reglas y valores patriarcales, gran parte de los cuales nos han sido transmitidos por nuestras propias madres.

El patriarca interior nos muestra esta voz y examina su poder, nos enseña a transformar este enemigo oculto en un poderoso aliado propiciando que cada mujer se apodere y actúe todo su potencial femenino.

[Cómpralo y empieza a leer](#)

El cuerpo recuerda

*La psicofisiología del trauma y
el tratamiento del trauma*



Babette Rothschild



El cuerpo recuerda

Rothschild, Babette

9788494480126

274 Páginas

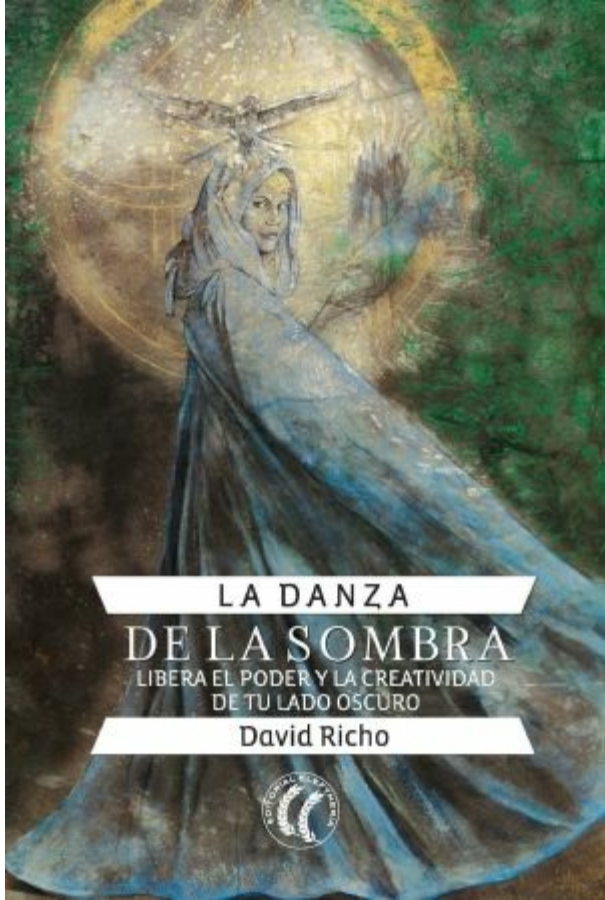
[Cómpralo y empieza a leer](#)

Es muy valioso, tanto para los clínicos como para sus clientes, comprender la psicofisiología del trauma y saber qué hacer con sus manifestaciones. Este libro ilumina esa fisiología, ofreciendo una luz sobre el impacto del trauma en el cuerpo y el fenómeno de la memoria somática.

Ahora se sabe que las personas que han sido traumatizadas conservan una memoria implícita de eventos traumáticos en sus cerebros y cuerpos. Esa memoria se expresa a menudo en la sintomatología del trastorno de estrés postraumático: pesadillas, flash-backs, reacciones asustadizas y conductas disociativas. En esencia, el cuerpo de la persona traumatizada se niega a ser ignorado.

Mientras reduce la brecha entre la teoría científica y la práctica clínica y crea puentes entre la terapia de conversación y la terapia corporal, Rothschild presenta principios y técnicas no invasivas para dar al cuerpo su lugar. Las técnicas somáticas que utiliza logran hacer la terapia de trauma más segura a la vez que aumenta la integración mente-cuerpo.

[Cómpralo y empieza a leer](#)



La danza de la sombra

Richo, David

9788494480188

391 Páginas

¿Te atreves a amar a aquéllos que has odiado toda tu vida?

La sombra es todo lo que no conocemos o nos negamos a conocer de nosotros mismos, tanto si se refiere a la oscuridad como a la luz.

La danza de la sombra te enseña a transformar tus demonios interiores y a despertar tus divinidades latentes.

Muchos libros de espiritualidad recomiendan desprenderse del ego y en este libro se explica claramente cómo hacerlo.

Los ejercicios que encontrarás en estas páginas sirven de examen de consciencia, un examen realizado por nuestra consciencia espiritual adulta, y que se realiza cuando entablamos amistad con nuestra sombra negativa. Esta amistad sirve para despertar nuestra vida interior ya que activamos y articulamos nuestra sombra positiva con toda su riqueza. ofrendas y capacidades. Ambas dimensiones de nuestra alma, por consiguiente, reciben la misma atención y conceden favores iguales. Cooperan como compañeras en armonía. Entablar una relación de amistad con la sombra es una danza.

PROCOLOS DE PSICOTERAPIA®

Arthur E. Jongsma, Jr. EDITOR DE LA SERIE

PLANES DE TRATAMIENTO PARA LA PSICOTERAPIA CON NIÑOS

UNA HERRAMIENTA CON LA QUE AHORRARÁ TIEMPO,
EN LA QUE ENCONTRARÁ:

- Planes de tratamiento para 34 problemas conductuales motivo de consulta
- Más de 1.000 metas, objetivos e intervenciones de tratamiento
- Una guía paso a paso para diseñar planes de tratamiento válidos para organismos de financiación, aseguradoras y otras instituciones
- Nuevos **tratamientos basados en la evidencia** como exigen muchos organismos sanitarios públicos y aseguradoras privadas



Arthur E. Jongsma, Jr., L. Mark Peterson
y William P. McInnis
Timothy J. Bruce, EDITOR COLABORADOR

Planes de tratamiento para la psicoterapia con niños

Jongsma Jr., Arthur E.

9788494107313

328 Páginas

[Cómpralo y empieza a leer](#)

Protocolos de Psicoterapia: El sistema más vendido de planes de tratamiento para los profesionales de la salud mental.

En Planes de tratamiento para la psicoterapia con niños, encontrará todos los elementos necesarios para diseñar rápida y fácilmente planes de tratamiento formales cumpliendo los requisitos de sociedades médicas, compañías de seguros, organismos de financiación, administraciones públicas y otros terceros pagadores.

-Una edición con tratamientos basados en la evidencia y demostrados empíricamente.

-Organizada en torno a 34 principales problemas motivo de consulta, como problemas varios de la familia, hijos del divorcio, TDAH, desordenes de apegos, problemas escolares, problemas del habla y del lenguaje.

-Se proponen más de 1.000 metas, objetivos e intervenciones de tratamiento, que puede completar con sus propias opciones de tratamiento.

-Un formato por referencias fácil de usar que ayuda a localizar los diferentes elementos de los planes de tratamiento ordenados por problema conductual.

-Incluye como muestra un plan de tratamiento que cumple los requisitos de la mayoría de organismos de financiación y agencias de acreditación de EE.UU., incluidas la Comisión de Acreditación de Centros de Rehabilitación (CARF), la Comisión Mixta de Acreditación de Organizaciones Sanitarias (JCAHO), y el Comité Estadounidense para el Control de la Calidad (NCQA).

[Cómpralo y empieza a leer](#)

Índice

Prólogo de la serie Protocolos de psicoterapia	9
Prefacio de la serie Protocolos de psicoterapia	13
Agradecimientos	15
Introducción	18
Ejemplo de Plan de tratamiento	26
Abuso sexual	31
Ansiedad	36
Baja autoestima	47
Comportamiento Tipo A	53
Conducta antisocial	63
Conflicto familiar	69
Conflictos en las relaciones íntimas	76
Conflictos legales	86
Confusión espiritual	91
Crianza de los hijos	96
Déficits cognoscitivos	107
Déficits educativos	111
Dependencia	116
Dependencia de sustancias	122
Dependencia de sustancias – Recaída	134
Depresión	141
Disfunción sexual femenina	150
Disfunción sexual masculina	161
Disociación	173
Dolor crónico	178
Duelo / pérdida no resuelto	188
Estrés económico	195
Estrés profesional	201

Fobia	207
Ideación paranoide	217
Ideación suicida	221
Identidad sexual confusa - Adulto	227
Malestar social	233
Manejo de la ira	241
Manía o hipomanía	252
Pánico / Agorafobia	263
Personalidad límite	273
Problemas biográficos	283
Problemas médicos	289
Psicoticismo	296
Somatización	301
Trastorno de la conducta alimentaria	310
Trastorno del control de los impulsos	320
Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC)	325
Trastorno por déficit de atención (TDA) – Adulto	334
Trastorno por estrés postraumático (TEPT)	341
Trastorno del sueño	352
Traumas infantiles	362
Apéndice A: Biblioterapia sugerida	368
Apéndice B: Referencias profesionales de los capítulos basados en la evidencia	385
Apéndice C: Índice de los códigos DSM-IV asociados con los problemas objeto de consulta	400