

**Universidad de Barcelona**  
**Facultad de Psicología**  
**Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos**

---

# **Aplicaciones Clínicas de la Terapia Cognitivo-Conductual**

## **Programa teórico-práctico y guía de estudio**

**Carmina Saldaña**  
**Arturo Bados**  
**Eugeni García**  
**Elisabeth Puigdollers**  
**Adela Fusté**

**Grupos:**  
**M1, T1**

---

**7º y 8º cuatrimestres**

**Curso 2004-05**

## Concepto

Esta asignatura se centra en algunas de las numerosas aplicaciones clínicas de la Terapia cognitivo-conductual con adultos, adolescentes y niños. Se recomienda haber cursado las asignaturas obligatorias *Evaluación Psicológica*, *Psicopatología* e *Intervención en Psicología Clínica y de la Salud*.

## 1. Objetivos

### 1.1. Objetivos generales

- Conocer la formulación teórica de diversos trastornos psicopatológicos desde el modelo cognitivo-conductual.
- Conocer los métodos e instrumentos de evaluación empleados en los trastornos considerados.
- Conocer los programas de intervención más eficaces para los trastornos considerados.
- Iniciarse en la aplicación del conocimiento anterior.
- Potenciar la participación activa de los alumnos en la asignatura.
- Potenciar el trabajo en grupos reducidos de alumnos.

### 1.2. Objetivos específicos

- Aprender a localizar información sobre la naturaleza, explicación, evaluación y tratamiento de alguno de los trastornos considerados.
- Saber identificar los puntos fuertes y débiles de los modelos explicativos de los trastornos considerados.
- Aprender a elaborar un modelo explicativo para los problemas de un paciente determinado.
- Aprender a elaborar un modelo explicativo (nomotético) de uno de los trastornos considerados.
- Conocer y valorar críticamente algunos de los instrumentos de evaluación disponibles para los trastornos considerados.
- Aprender a elaborar algún instrumento de evaluación (entrevista, autorregistro, cuestionario individualizado, sistema observacional) para los trastornos considerados.
- Saber identificar los puntos fuertes y débiles de los programas de tratamiento existentes para los trastornos considerados.
- Aprender a elaborar un programa de intervención para uno de los trastornos considerados.
- Iniciarse en la aplicación de alguna de las técnicas específicas para cada uno de los trastornos considerados.
- Valorar críticamente el modelo explicativo, la evaluación y el tratamiento de un caso clínico publicado.
- Saber presentar y defender en público el análisis personal de un caso clínico determinado.

Para conseguir todos estos objetivos, la asignatura se fundamentará en una **metodología didáctica** básicamente activa. Así, la parte teórica se desarrollará a partir de: a) la **lectura** previa por parte de los alumnos del material correspondiente a cada clase; b) la contestación a una serie de **preguntas** que aparecerán en la Guía de Estudio al final de este programa; y c) la realización de una serie de **actividades** en clase también enumeradas en la Guía de Estudio. Y la parte práctica implicará un trabajo en grupo y la exposición del mismo en clase según las pautas que se enumeran en el apartado correspondiente.

## 2. Temario

### 2.1. Teoría

Cada tema incluye los siguientes **apartados** relativos al trastorno considerado: a) Definición, epidemiología y curso. b) Modelos explicativos. c) Métodos e instrumentos de evaluación. d) Programas de intervención. e) Perspectivas futuras. A continuación se indica el temario completo con la bibliografía obligatoria de cada tema.

**Tema 1: Agorafobia y pánico** (Vallejo, 1998, Vol. I, cap. 9)

**Tema 2: Fobia social** (Vallejo, 1998, Vol. I, cap. 8)

**Tema 3: Depresión** (Vallejo, 1998, Vol. I, cap. 12)

**Tema 4: Trastornos de alimentación** (Vallejo, 1998, Vol. II, cap. 5)

**Tema 5: Adicciones** (Vallejo, 1998, Vol. II, cap. 2)

**Tema 6: Disfunciones sexuales** (Vallejo, 1998, Vol. I, cap. 14)

**Tema 7: Trastornos del sueño** (Buceta y Bueno, 1996, cap. 9)

**Tema 8: Problemas de control de esfínteres** (Bragado, 2002)

**Tema 9: Problemas de conducta en la infancia** (Vallejo, 1998, Vol. II, cap. 9)

### 2.2. Práctica

**Título de la práctica:** Descripción, explicación, evaluación y tratamiento de un trastorno psicopatológico.

**Contenido de la práctica:** En grupos de cuatro o cinco, los alumnos realizarán un trabajo escrito a partir de la selección de un tema del programa. Para ello, buscarán información sobre el trastorno seleccionado (descripción, explicación, evaluación y tratamiento), localizarán al menos dos casos clínicos detallados (con evaluación, tratamiento y resultados) y expondrán en clase uno de ellos. Además, propondrán durante esta exposición un par de actividades prácticas relativas a la evaluación y/o tratamiento del trastorno considerado para que sean realizadas por el resto de compañeros, harán una puesta en común a partir de lo hecho por algunos compañeros o grupos y finalmente presentarán las actividades resueltas.

Cada tema deberá ser cubierto por al menos un grupo de alumnos. Las pautas para llevar a cabo el trabajo escrito y la exposición en clase figuran al final de este programa. Igualmente, se ofrecen algunas ideas útiles para hacer la exposición más interesante.

El primer día de clase los alumnos deberán formar los grupos de trabajo y seleccionar el tema del programa que desean como objeto de su trabajo escrito y de exposición. En caso de que un tema no fuera elegido por ningún grupo, pasaría a ser asignado por sorteo.

**Tipo de práctica:** Exposición y discusión clínica.

## 2.3. Actividades propias del alumno

- **Lectura** previa del material obligatorio correspondiente a cada tema.
- Preparación de las **preguntas de reflexión y actividades** correspondientes a cada tema y propuestas en la guía de estudio.
- **Búsqueda crítica de información** (sobre naturaleza, explicación, evaluación y tratamiento) acerca de un trastorno concreto y localización de al menos dos casos clínicos que incluyan evaluación, tratamiento y resultados.
- Preparación y realización de **actividades de tipo práctico** relacionadas con la evaluación y tratamiento de un trastorno concreto. Posibles ejemplos serían la elaboración de un autorregistro de alimentación para una paciente bulímica, la confección de un listado de actividades placenteras para un paciente deprimido, la reestructuración cognitiva de cierta creencia de un paciente agorafóbico, el entrenamiento de ciertas habilidades en situaciones simuladas, etc. Para cada actividad debe constar lo siguiente: 1) objetivos, 2) pasos para su ejecución, 3) material preciso (en caso necesario); y 4) modelo de la actividad resuelta.
- Presentación por escrito del trabajo realizado para las prácticas.

## 3. Bibliografía

### 3.1. Bibliografía fundamental (obligatoria)

- Buceta, J.M. y Bueno, A.M. (Comps.). (1996). *Tratamiento psicológico de hábitos y enfermedades*. Madrid: Pirámide. Capítulo 9.
- Bragado, C. (2002). Trastornos de eliminación: enuresis y encopresis. En M. Servera (Coor.), *Intervención en los trastornos del comportamiento infantil: Una perspectiva conductual de sistemas* (pp. 403-433). Madrid: Pirámide.
- Vallejo, M.A. (Ed.). (1998). *Manual de terapia de conducta* (Vol I). Madrid: Dykinson. Capítulos 8, 9, 12 y 14.
- Vallejo, M.A. (Ed.). (1998). *Manual de terapia de conducta* (Vol II). Madrid: Dykinson. Capítulos 2, 5 y 9.

### 3.2. Bibliografía para profundizar (opcional)

- Vallejo, M.A. y Comeche, M.I. (2002). *Psicología clínica y de la salud. Avances 2001*. Madrid: Minerva Ediciones. (Monografía que contiene una selección comentada de artículos de psicología clínica y de la salud publicados en revistas nacionales e internacionales en los años 2000-2001.)

#### **Tema 1: Agorafobia y pánico**

- Bados, A. (2000). *Agorafobia y ataques de pánico: Un programa psicológico de intervención paso a paso*. Madrid: Pirámide.
- Bados, A. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la agorafobia. En M. Pérez, J.R. Fernández, C. Fernández e I. Amigo (Coords.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I: Adultos* (pp. 247-270). Madrid: Pirámide.
- Botella, C. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno de pánico. En M. Pérez, J.R. Fernández, C. Fernández e I. Amigo (Coords.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I: Adultos* (pp. 287-310). Madrid: Pirámide.
- Botella, C. y Ballester, R. (1997). *Trastorno de pánico: Evaluación y tratamiento*. Barcelona: Martínez Roca.

## **Tema 2: Fobia social**

- Bados, A. (2001). *Fobia social*. Madrid: Síntesis.
- Botella, C., Baños, R.M. y Perpiñá, C. (2003). *Fobia social*. Barcelona: Paidós.
- Cervera, S., Roca, M. y Bobes, J. (Dir.) (1998). *Fobia social*. Barcelona: Masson.
- Echeburúa, E. (1995). *Evaluación y tratamiento de la fobia social*. Barcelona: Martínez Roca.
- Salaberría, C. y Echeburúa, E. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la fobia social. En M. Pérez, J.R. Fernández, C. Fernández e I. Amigo (Coords.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I: Adultos* (pp. 271-285). Madrid: Pirámide.

## **Tema 3: Depresión**

- Bas, F. y Andrés, V. (1994). *Terapia cognitivo-conductual de la depresión: Un manual de tratamiento*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Freedman, A. y Oster, C.L. (1997). Terapia cognitiva de la depresión. En V.E. Caballo (Dir.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (Vol. 1, pp. 543-574). Madrid: Siglo XXI.
- Méndez, F.X. (1998). *El niño que no sonríe: Estrategias para superar la tristeza y la depresión infantil*. Madrid: Pirámide.
- Méndez, F.X., Rosa, A.I., Montoya, M., Espada, J.P. y Olivares, J. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la depresión en la infancia y adolescencia. En M. Pérez, J.R. Fernández, C. Fernández e I. Amigo (Coords.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces III: Infancia y adolescencia* (pp. 57-85). Madrid: Pirámide.
- Pérez, M. y García, J.M. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. En M. Pérez, J.R. Fernández, C. Fernández e I. Amigo (Coords.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I: Adultos* (pp. 161-195). Madrid: Pirámide.

## **Tema 4: Trastornos de alimentación (anorexia y bulimia nerviosas)**

- Buceta, J.M. (1996). Programas de modificación de conducta para el tratamiento de la anorexia nerviosa. En J.M. Buceta y A.M. Bueno (Comps.), *Tratamiento psicológico de hábitos y enfermedades* (pp. 309-341). Madrid: Pirámide.
- Calvo, R. (2001). *Anorexia y bulimia: Guía para padres, educadores y terapeutas*. Barcelona: Planeta.
- Fairburn, C.G. (1998). *La superación de los atracones de comida*. Barcelona: Paidós. (Original de 1995.)
- Raich, R.M. (2002). Anorexia y bulimia nerviosa. En M. Servera (Coor.), *Intervención en los trastornos del comportamiento infantil: Una perspectiva conductual de sistemas* (pp. 303-329). Madrid: Pirámide.
- Saldaña, C. (2003). Guía de tratamiento psicológico eficaces para trastornos del comportamiento alimentario. En M. Pérez, J.R. Fernández, C. Fernández e I. Amigo (Coords.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I: Adultos* (pp. 141-160). Madrid: Pirámide.

## **Tema 5: Adicciones**

- Becoña, E. y Vázquez, F.L. (2001). Psicopatología y tratamiento de la drogadicción en niños y adolescentes. En V.E. Caballo y M.A. Simón (Dir.), *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente*. (pp. 213-236). Madrid: Pirámide.
- Buceta, J.M. y Bueno, A.M. (Comp.) (1996). *Tratamiento psicológico de hábitos y enfermedades*. Madrid: Pirámide. Capítulos 2, 3, 4 y 5.
- McCrary, B.S., Rodríguez Villarino, R. y Otero-López, J.M. (1998). *Los problemas de la bebida: Un sistema de tratamiento paso a paso. Manual del terapeuta. Manual de autoayuda*. Madrid: Pirámide.
- Secades, R. y Fernández, J.R. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la drogadic-

ción: alcohol, cocaína y heroína. En M. Pérez, J.R. Fernández, C. Fernández e I. Amigo (Coords.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I: Adultos* (pp. 107-139). Madrid: Pirámide.

Vallejo, M.A. (Ed.). (1998). *Manual de terapia de conducta* (Vol II). Madrid: Dykinson. Capítulos 1 y 3.

### **Tema 6: Disfunciones sexuales**

Carey, M.P. (1997). Tratamiento cognitivo-conductual de las disfunciones sexuales. En V.E. Caballo (Dir.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (Vol. 1, pp. 267-298). Madrid: Siglo XXI.

Carrolles, J.A.I. y Sanz, M.A. (1998). *Terapia sexual*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.

Carrasco, M.J. (2001). *Disfunciones sexuales femeninas*. Madrid: Síntesis.

Hawton, K. (1988). *Terapia sexual*. Barcelona: Doyma. (Original de 1985.)

Labrador, F. y Crespo, M. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para las disfunciones sexuales. En M. Pérez, J.R. Fernández, C. Fernández e I. Amigo (Coords.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I: Adultos* (pp. 355-379). Madrid: Pirámide.

### **Tema 7: Trastornos del sueño**

Caballo, V.E., Navarro, J.F. y Sierra, J.C. (1998). Tratamiento conductual de los trastornos del sueño. En V.E. Caballo (Ed.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (Vol II, págs. 285-319). Madrid: Siglo XXI.

Buela-Casal, G. y Sánchez, A.I. (2001). *Trastornos del sueño*. Madrid: Síntesis.

Buela-Casal, G. y Sierra, J.C. (1994). *Los trastornos del sueño: Evaluación, tratamiento y prevención en la infancia y la adolescencia*. Madrid: Pirámide.

Hauri, P. y Linde, S. (1992). *Cómo acabar con el insomnio*. Barcelona: Médici. (Original de 1990.)

Miró, E., Sánchez, A. y Buela, G. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces en los trastornos de sueño. En M. Pérez, J.R. Fernández, C. Fernández e I. Amigo (Coords.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces II: Psicología de la salud* (pp. 255-286). Madrid: Pirámide.

Morin, C.M. (1998). *Insomnio*. Barcelona: Ariel. (Original de 1993.)

### **Tema 8: Problemas de control de esfínteres**

Bragado, M.C. (1998). *Encopresis*. Madrid: Pirámide.

Bragado, M.C. (1999). *Enuresis infantil: Un problema con solución*. Madrid: Pirámide.

Bragado, M.C. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la enuresis y encopresis. En M. Pérez, J.R. Fernández, C. Fernández e I. Amigo (Coords.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces III: Infancia y adolescencia* (pp. 151-181). Madrid: Pirámide.

Toro, J. (1992). *Enuresis: Causas y tratamiento*. Barcelona: Martínez Roca.

### **Tema 9: Problemas de conducta en la infancia**

Caseras, X., Fullana, M.A. y Torrubia, R. (2002). El trastorno disocial. En M. Servera (Coor.), *Intervención en los trastornos del comportamiento infantil: Una perspectiva conductual de sistemas* (pp. 277-302). Madrid: Pirámide.

Garber, S., Garber, M. y Spizman, R. (1993). *Portarse bien: Soluciones prácticas para los problemas comunes de la infancia*. Barcelona: Médici.

McMahon, R.J. (1991). Entrenamiento de padres. En V.E. Caballo (Comp.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (pp. 445-471). Madrid: Siglo XXI.

Servera, M., Bornàs, X. y Moreno, I. (2001). Hiperactividad infantil: Conceptualización, evaluación y tratamiento. En V.E. Caballo y M.A. Simón (Dires.), *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente*. (pp. 401-433). Madrid: Pirámide.

Valero, L. (1996). Trastornos de conducta en niños y adolescentes. En M.C. Luciano (Dir.), *Manual de psicología clínica: Infancia y adolescencia* (pp. 609-638). Valencia: Promolibro.

#### 4. Evaluación

Esta asignatura consta de una **Parte Teórica** y de una **Parte Práctica**, ambas obligatorias. Cada parte se calificará de 0 a 10 y la contribución de cada una de ellas a la puntuación final será del **50%**. Las posibles calificaciones finales que pueden obtenerse se especifican a continuación según la nota final conseguida:

- inferior a 6	=	insuficiente.
- de 6 a 7,49	=	suficiente.
- de 7,50 a 8,99	=	notable.
- de 9 a 10	=	sobresaliente.

Tendrán **matrícula de honor** el 5% de los alumnos matriculados en la asignatura siempre que su nota final sea superior a 9,5. En el caso de que el número de alumnos merecedores de matrícula de honor sobrepasara el 5%, obtendrían dicha calificación el 5% con las notas más altas.

La evaluación será de tipo continuado.

La **parte teórica** podrá superarse a través de **dos pruebas objetivas** realizadas a lo largo del curso y que constarán de 20-25 preguntas. La **primera** prueba incluye los **temas 1 al 4** y se realizará el **27 de Octubre (Grupo M1)** y **28 de Octubre (Grupo T1)**. La **segunda** prueba incluye los **temas 5 al 9** y se realizará el **22 de Diciembre (Grupo M1)** y **21 de Diciembre (Grupo T1)**. La puntuación de la parte teórica se calcula dividiendo el número total de aciertos de ambas pruebas, sin que descuenten los errores, por el número total de preguntas de las dos pruebas.

La **parte práctica** será evaluada promediando (dentro de una variación de  $\pm 1,5$  puntos sobre 10) las siguientes cuatro puntuaciones: 1) **trabajo escrito valorado por el profesor**, 2) puntuación dada por el **profesor al grupo** de la exposición en clase, 3) media de las puntuaciones dadas por los **compañeros de clase al grupo** de la exposición en clase, y 4) media de las puntuaciones **autoasignadas por cada miembro del grupo**. Para la valoración de la exposición en clase deberán tenerse en cuenta los siguientes criterios de evaluación: **contenido, forma de exponer, actividades prácticas propuestas y discusión suscitada** (véase el formulario presentado justo antes de la Guía de Estudio). Los alumnos que opten por este sistema de evaluación deberán **asistir al menos al 80% de las clases prácticas** y rellenar el formulario de evaluación de las exposiciones, tanto a nivel cuantitativo como cualitativo. La participación en las actividades de clase puede **aumentar la nota final** hasta un máximo de un punto sobre 10.

Si la puntuación final obtenida tras ponderar la parte teórica y práctica es 6 o más sobre 10, la asignatura habrá sido superada. **Los alumnos que no hayan seguido el sistema de evaluación continuada o que hayan obtenido una puntuación inferior a 6** en la misma deberán presentarse a un **examen final** de tipo prueba objetiva sobre toda la parte teórica; este examen constará de unas 35-45 preguntas y sigue los mismos criterios de corrección que el de la evaluación continuada. Los alumnos que no se acojan al sistema de trabajo en grupo y exposición en la parte práctica deberán **entregar individualmente el trabajo escrito** a ser posible antes de la fecha de la convocatoria oficial. El trabajo será valorado exclusivamente por el profesor. El tema de este trabajo deberá ser **acordado** con el profesor. Cada parte se calificará de 0 a 10 y la contribución de cada una de ellas

a la puntuación final será del 50%. Los criterios para obtener las calificaciones finales son los mismos que para la evaluación continuada.

Los alumnos que no hayan superado la primera convocatoria oficial y tengan **al menos un 5,5 de la parte práctica podrán conservar esta nota para la siguiente convocatoria**. Los demás deberán presentar un trabajo nuevo o, si así lo han acordado con el profesor, una versión revisada del anterior. No se conserva la nota de prácticas para el curso o cursos siguientes. Finalmente, no es posible conservar la nota de la parte teórica.

## 5. Horarios de Atención a alumnos

PROFESORA	GRUPOS	HORARIOS TUTORÍAS	HORARIOS DESPACHO

## 6. Ficha del alumno

Es muy aconsejable que cada alumno entregue durante la primera quincena del cuatrimestre una ficha de **10 x 15 cm**, mecanografiada, con **foto actualizada** y siguiendo la disposición del modelo adjunto. La finalidad de esta ficha es facilitar el seguimiento por parte del profesor de la participación en las actividades de clase, la cual, como se dijo antes, puede aumentar la nota final hasta un máximo de un punto sobre 10.

ASIGNATURA	
GRUPO	CURSO 200 -200
<b>FOTO</b>	
APELLIDOS	
NOMBRE	EDAD
DIRECCION	
TELÉFONO	E-MAIL
OTROS ESTUDIOS	
IDIOMAS	
TRABAJO	





## PAUTAS PARA EL TRABAJO ESCRITO

El trabajo se presentará mecanografiado en DIN-A-4 **a un espacio y doble cara, con páginas numeradas** y, como tarde, 2 semanas después del día de la exposición en clase. El trabajo se centrará en el abordaje de un trastorno desde el punto de vista cognitivo-conductual y deberá incluir las partes siguientes. La extensión de cada apartado deberá ajustarse al número de páginas indicadas.

1. **Portada:** título, nombre y dos apellidos de los alumnos del grupo y fecha.
2. **Índice** del contenido correspondientemente paginado.
3. **Introducción** (3-5 páginas): descripción del trastorno seleccionado, epidemiología y presentación de un modelo explicativo del trastorno que se considere adecuado.
4. **Evaluación** (4-7 páginas): a) Modelo de entrevista (2-3 páginas) con las preguntas que permitan establecer en qué consiste el problema y las variables actuales que influyen sobre el mismo (puede estar basada en una entrevista publicada que se haya localizado). b) Enumeración y referencia bibliográfica de los principales cuestionarios disponibles, y descripción de los cinco que se consideren más importantes; esta descripción debe incluir: qué mide, número de ítems, escala de respuesta, posibles factores o subescalas, forma de corrección y propiedades psicométricas. c) Un modelo de autorregistro con las instrucciones oportunas para el cliente y un ejemplo de cómo completarlo. Optativamente, puede incluirse algún sistema de observación directa que sea pertinente.
5. **Tratamiento** (8-10 páginas): descripción de los programas de tratamiento existentes, datos sobre su eficacia y utilidad clínica (cómo funcionan en contextos reales y no sólo de investigación), y crítica de los programas. Es importante localizar referencias bibliográficas actuales para estar al tanto de los hallazgos más recientes.
6. **Caso clínico** (1 página): referencias bibliográficas de los casos localizados (al menos dos). Valoración crítica del modelo explicativo, evaluación y tratamiento realizados en el caso seleccionado para la exposición, el cual debe ser un caso detallado.
7. **Actividades prácticas:** descripción detallada de cinco actividades relativas a la evaluación y/o tratamiento del trastorno abordado y que permitan la práctica por parte de los compañeros de clases de determinados aspectos considerados importantes para el manejo de dicho problema. Posibles ejemplos serían la elaboración de un autorregistro de alimentación para una paciente bulímica, la confección de un listado de actividades placenteras para un paciente deprimido, la reestructuración cognitiva de cierta creencia de un paciente agorafóbico, el entrenamiento de ciertas habilidades en situaciones simuladas, etc. Para cada actividad debe constar en el trabajo lo siguiente: 1) objetivos, 2) pasos para su ejecución, 3) material preciso (en caso necesario), y 4) un modelo de la actividad resuelta
8. **Referencias bibliográficas:** deben incluirse todas las referencias citadas en el trabajo. Ejemplos de cómo escribir las referencias pueden verse en los temas de este programa. Cada bloque de información del trabajo que no sea original, sino que haya sido extraído de otras fuentes (ya sea literalmente o no), deberá ser adecuadamente referenciado en el trabajo y la referencia constar al final de este último. Igualmente, si se cita una referencia que no se ha consultado directamente, debe decirse de qué otra referencia se ha extraído.
9. **Apéndices:** fotocopias de los instrumentos de evaluación localizados (entrevista, cinco cuestionarios principales, autorregistro) y referencia de los mismos; fotocopia del caso clínico seleccionado y referencia del mismo.
10. **Horas dedicadas al trabajo:** debe incluirse una Tabla Resumen con los nombres de cada uno de los alumnos del grupo, indicando cada uno de ellos el número de horas dedicadas a la realización del trabajo. Se especificarán en horas el tiempo dedicado a: 1) estructuración del trabajo, 2) búsqueda del material sobre el tema seleccionado, 3) lectura del material, 4) elaboración del trabajo, 5) preparación de la exposición oral, 6) reuniones con los miembros del grupo, y 7) reuniones con el profesor.

## PAUTAS PARA LA EXPOSICIÓN EN CLASE

1. **Todos los miembros** de cada grupo deben participar en la exposición.
2. La exposición abarcará el horario de una clase entera. Teniendo en cuenta que una clase suele comenzar de 5 a 10 minutos después de la hora prevista y que hay que dejar 5 minutos libres al final para que los compañeros rellenen la hoja de evaluación, quedan unos **75 minutos de exposición** en una clase de 1,5 horas.
3. **El contenido será fundamentalmente de tipo práctico**, aunque también pueden incluirse reflexiones de tipo teórico a realizar por todo el grupo. Así pues, la exposición incluirá básicamente:
  - a) La **exposición crítica del caso clínico seleccionado**, una fotocopia del cual debe entregarse previamente al profesor. Es fundamental que la exposición no sea meramente descriptiva, sino que incluya elementos críticos que se comunicarán directamente o, mejor, se emplearán como fuente de discusión en clase. El caso debe ser detallado e incluir evaluación, tratamiento y resultados. Es aconsejable haber localizado más de un caso y haber leído algo sobre la evaluación y tratamiento del trastorno considerado para obtener una mayor amplitud de miras. La exposición del caso, incluida la discusión que pueda suscitar, puede tener una duración recomendada de unos 30 minutos, máximo 40. Lo que es la pura exposición no debería alargarse más de 15 minutos.
  - b) La **propuesta claramente explicada de 1 ó 2 de las actividades prácticas** que constan en el punto 7 del trabajo escrito, la realización de estas actividades, con tiempo suficiente, por parte de los compañeros, la puesta en común a partir de lo hecho por algunos compañeros o grupos (pero no todos) y la presentación por parte del grupo de la actividad resuelta. Ejemplos de actividades ya han sido dados al hablar de las pautas para el trabajo escrito. En ningún caso se consideran actividades la formulación de preguntas o las demostraciones llevadas a cabo sólo por el grupo que expone. El tiempo disponible para las actividades oscilará entre 35 y 45 minutos, dependiendo de lo que dure la discusión generada a raíz del caso; en consecuencia, y siendo realistas, podrán hacerse 1-2 actividades por clase.
 

Las actividades pueden llevarse a cabo paralelamente a la exposición del caso o después del mismo, pero en ningún caso deben coincidir con las ejemplificadas en el caso; es decir, no se puede proponer como actividad que los compañeros elaboren un autorregistro para un paciente bulímico y que la solución coincida más o menos plenamente con la del autorregistro presentado en el caso expuesto. Por otra parte, la solución de una actividad propuesta puede inspirarse en la presentada en alguna publicación, pero tampoco debería coincidir con la misma. Es mucho más valiosa una solución que implique reflexión y creatividad, no sólo habilidad para localizarla.
4. Si se emplean **transparencias** –útiles, por ejemplo, para exponer ciertos aspectos del caso, para presentar ciertas actividades o para presentar algunas soluciones a las mismas–, la letra debe tener 20 puntos o más y estar en negrita para que toda la clase pueda leerlas con comodidad.
5. Hay que intentar implicar a los compañeros y suscitar **discusión**. Desde luego, esto no se consigue haciendo preguntas y respondiéndoselas uno mismo sin dejar tiempo para pensar y contestar. Algunas ideas útiles se exponen en los puntos 8, 9 y 11 del apartado siguiente.
6. Es fundamental un buen **control del tiempo** para conseguir los objetivos previstos, incluyendo algún **resumen o conclusión**.

## IDEAS PARA LA EXPOSICIÓN EN CLASE

Estas guías identifican los errores más comunes que los estudiantes hacen en las exposiciones en clase y sugieren cómo evitarlos.

### 1. Olvidar que hay un auditorio

Una exposición no sólo implica que tú hables, también implica a tu auditorio escuchando. ¿Por qué debe tu auditorio molestarse en escuchar lo que tienes que decir? Debes interesarlos al principio y encontrar maneras de hacer que te escuchen. Piensa en lo que les puede intrigar, extrañar, contradecir sus expectativas, ser controvertido o entretener. Piensa sobre lo que ellos ya saben y cómo pueden relacionar esto con lo que tienes que ofrecer. Piensa en el auditorio, no sólo en tu material.

### 2. Incluir demasiado contenido

Los expositores no experimentados casi siempre tienen demasiado material para exponer y corren para presentarlo todo; agobian a su auditorio y aún se toman demasiado tiempo. Quince minutos es el límite de la concentración de la mayoría de la gente, incluso cuando la exposición es fascinante. Recorta el contenido y enlentece tu ritmo de exposición. Si estás preocupado por quedarte sin material que explicar, cronométrate (exponiendo a una velocidad constante delante de un espejo) o prepara algo para llenar el tiempo tal como ejemplos extra, alguna cosa para que el auditorio lea o preguntas para que el auditorio conteste y discuta en algún momento durante la exposición.

### 3. Carencia de dirección

Es difícil para un auditorio escucharte durante mucho rato si no saben hacia donde te diriges con tu charla o por qué. Necesitas explicar al principio para qué tu auditorio está allí y dónde lo vas a conducir. No es de mucha ayuda decir simplemente: “Hoy vamos a hablar de X”. Necesitas explicar cómo vas a abordar X y a qué dedicarás el tiempo; por ejemplo: “Mi exposición hoy es sobre X. Lo que me interesa de esto es la cuestión de Y. Me gustaría aproximarme a esta cuestión de tres maneras, A, B y C, e ilustrar éstas con ejemplos sacados de Z. La segunda de ellas es la más interesante y me extenderé más sobre la misma”.

### 4. Carencia de estructura

Tu auditorio se va a perder si no les das un mapa de adónde te diriges; por ejemplo: “He elegido tres textos para analizar e ilustrar mis puntos X, Y y Z. Usaré los dos primeros para mostrar como... y el tercero para contrastarlo con... Después de cada texto resumiré mis ideas”. Puede ser de ayuda dar algunas indicaciones a lo largo de la exposición para mostrarles dónde has llegado y donde te dirigirás a continuación; por ejemplo: “Hasta ahora me he concentrado en este primer texto y he mostrado como... dando ejemplos de... y ahora voy a... antes de pasar a...”.

### 5. Nada que mirar

Es difícil sólo escuchar a alguien. Es mucho más fácil cuando se tiene algo a lo que mirar también. Proporciona a tu auditorio algún material impreso (que contenga un resumen de tu exposición, extractos de los textos o extractos cruciales de tus fuentes principales). Usa una pizarra para resumir tus ideas o ilustrar lo que tú estás comentando. Usa un retroproyector y prepara transparencias de cada uno de tus puntos principales. Da a tu auditorio algo a lo que mirar mientras tú estás hablando.

## **6 Nada que hacer**

Sólo escuchar es pesado. Es más interesante si el auditorio tiene algo más activo que hacer. Esto puede implicar leer un pasaje, analizar un texto, resolver un problema, sugerir maneras alternativas de interpretar o analizar un pasaje o un evento, sugerir ejemplos de un fenómeno o ilustraciones de un tratamiento, etc. De vez en cuando, da a tu auditorio algún trabajo que hacer.

## **7 Sólo tomar apuntes**

Las personas no se implican o incluso no piensan mucho si están tomando apuntes frenéticamente. Suministra unos apuntes para que tu auditorio pueda concentrarse en lo que tienes que decir.

## **8 El auditorio no hace preguntas**

Si tú hablas sin parar, especialmente si evitas el contacto visual con la auditorio, es muy poco probable que te hagan preguntas, incluso si tienen preguntas pensadas. Necesitas invitarles a formular preguntas. Puedes hacerlo diciendo al principio: “Por favor, parádmeme para hacer preguntas o si necesitáis alguna aclaración”. Puedes parar, mirar alrededor e invitar con tu lenguaje corporal a que haya interrupciones. Deja mucho tiempo, aunque el silencio pueda parecer amenazante; formular preguntas requiere su tiempo. Si nada de esto funciona, para y pide a la gente que escriba dos preguntas que le gustaría que fueran contestadas, dales un minuto y luego dirígete a cada persona por turno y hazle leer sus preguntas.

## **9 El expositor no hace preguntas**

Implica y desafía a tu auditorio formulándoles preguntas. Prepara preguntas por adelantado. No hagas preguntas cerradas, las cuales tienen una respuesta correcta o falsa (“¿quien dijo?”, “¿viene X antes o después de...?”), sino preguntas abiertas que puedan iniciar una discusión (“¿cuáles pueden ser los problemas de esta forma de mirar las cosas?”, “¿es ésta la única manera de ver esto?”, “¿cuál es vuestra opinión sobre esto?”).

## **10 No hay resumen**

Cuando hayas acabado, no pares de repente y digas: “bien..., esto es todo”. Resume lo que has dicho y deja claro cuáles son los puntos clave. Asegúrate de que tu auditorio se marcha con una visión de conjunto clara.

## **11 No hay discusión**

No esperes que una discusión suceda por sí sola. Deja claro que quieres que haya algún tipo de discusión: “vamos a parar unos pocos minutos para discutir esto antes de continuar”. Usa el lenguaje corporal para indicar que no vas a comenzar a exponer de nuevo: siéntate, relájate, cruza-te de brazos, gira tus notas. Piensa en qué puede estar la gente interesada en hablar y haz sugerencias: “pienso que podría ser interesante explorar..., ¿pensáis que... o...?”. Puedes plantear estas cuestiones al principio para que la gente esté pensando en ellas mientras tú hablas y esté preparada para participar cuando sea tiempo de discutir.

## **12 No aprovechar lo que tu auditorio ya sabe**

Las personas piensan más si pueden relacionar lo que tú estás diciendo con lo que ya saben. Averigua al empezar lo que la gente ha leído y qué cosas conoce, y ajusta tu exposición de acuerdo con esto. No hay nada más aburrido que tratar algo que todo el mundo ya sabe o explicar algo tan alejado de la experiencia de los oyentes que no pueden relacionarlo con esta. Hacia la mitad de la exposición pregunta: “¿qué más habéis leído relacionado con estas cuestiones?”.

### **13 Leer completamente las notas**

Los expositores sin experiencia escriben su exposición completa y la leen palabra por palabra. Esto es muy aburrido para el auditorio y no es demasiado divertido tampoco para el que expone. Los expositores experimentados confían en notas mucho más breves que les proporcionan una visión de conjunto y un modo de comprobar rápidamente aquello de lo que se supone deben estar hablando y lo que viene a continuación. Los métodos incluyen:

- Tarjetas cada una de las cuales contiene una idea clave o subsección de la exposición.
- Un breve material impreso para el auditorio que el que expone utiliza como marco para la charla.
- Transparencias que resumen los puntos clave y que el expositor utiliza como recordatorio.
- Unas breves notas esquemáticas que contienen sólo palabras sueltas o frases que proveen pistas sobre el contenido.

Debes tener como objetivo ser capaz de mirar al auditorio la mayor parte del tiempo y dar la impresión de que estás pensando mientras hablas.

### **14 No hay continuación**

Si la exposición es la última vez que alguien va a pensar sobre tu tema, entonces ninguno aprenderá mucho. Haz sugerencias sobre lo que el auditorio puede leer sobre tu tema. Da referencias bibliográficas y sugiere cuáles son merecedoras la pena de mirar y qué partes son las más interesantes. Diles en qué no hay que molestarse y qué partes hay que evitar. Sugiere qué te habría interesado consultar a ti mismo a continuación si hubieras tenido tiempo.

### **15 No hay diversión**

Las exposiciones no tienen que ser necesariamente solemnes y terriblemente serias. Habrá más energía e implicación si la gente se lo está pasando bien. Date permiso, tanto a ti como al auditorio, para relajarnos y reír un poco.

### **16 No hay capacidad de respuesta o flexibilidad**

Las cosas no siempre salen como se piensan. Si ves que la gente no te entiende o se está aburriendo porque vas demasiado rápido, no continúes sin más. Para y toma decisiones apropiadas de cómo continuar (“¿qué debería explicar primero para que el resto de esto tenga sentido para vosotros?”, “¿sería útil si parara durante un minuto y os dejo poneros al corriente y hacer algunas preguntas?”).

### **17 No hay mejora**

No es posible ser brillante cuando haces una exposición por primera vez. Pero puedes aprender y mejorar si descubres qué es lo que ha funcionado y qué debe ser cambiado. Pregunta a tu auditorio o a tu tutor: “¿qué crees que he hecho bien en mi exposición y qué sugerirías que mejorara la próxima vez?”. Utiliza este breve cuestionario para que tu auditorio te dé sus opiniones.

## FORMULARIO DE EVALUACIÓN DE LAS EXPOSICIONES

El 50% de la puntuación del curso viene dada por la parte práctica. Esta será evaluada promediando (dentro de una variación de  $\pm 1,5$  puntos sobre 10) las siguientes cuatro puntuaciones: 1) trabajo escrito valorado por el profesor, 2) puntuación dada por el profesor al grupo de la exposición en clase, 3) media de las puntuaciones dadas por los compañeros de clase al grupo de la exposición en clase, y 4) media de las puntuaciones autoasignadas por cada miembro del grupo. Para evaluar las exposiciones en clase, emplea este formulario. Piensa en cada criterio de forma separada y cuidadosamente, en vez de dar un juicio rápido y global. Añade debajo de cada criterio comentarios que expliquen el porqué de tus puntuaciones y haz algunos comentarios útiles al final de todo. Completa el formulario inmediatamente al final de la exposición y entrégalo al profesor.

**Título del trabajo:**

**DNI del evaluador:**

**Miembros del grupo:** 1..... 2..... 3..... 4.....

<b>Criterio</b>	<b>Puntuación (0-10)</b>
-----------------	------------------------------

**Contenido** Claridad de argumentos, visión de conjunto, sentido crítico, conclusiones.  
Comentarios

**Exposición** Voz, mirada, velocidad, variedad, vivacidad, ayudas visuales, material dado.  
Comentarios

**Actividades** Interés de las actividades prácticas, forma de presentarlas, modo de resolverlas.  
Comentarios

**Discusión** Participación del grupo, preguntas, respuestas, uso de métodos de discusión.  
Comentarios

**Las mejores cosas de la exposición**

**Que debería ser mejorado la próxima vez**

**Nota Total:** .....

---

## GUÍA DE ESTUDIO

### *Tema 1: Agorafobia y pánico*

#### **Preguntas de reflexión y actividades**

- La necesidad de atender a los estímulos temidos durante la exposición es incompatible con la distracción. ¿No lo es también con el empleo de estrategias de afrontamiento como la respiración o las autoinstrucciones?
- Elabora un ítem específico para abordar en la imaginación una de las peores consecuencias temidas por un agorafóbico.
- Elabora las instrucciones a dar a un agorafóbico para aplicar la exposición en vivo bajo dos condiciones: a) permanecer en la situación hasta que la ansiedad se reduzca significativamente (definir esto operativamente); b) posibilidad de escape con retorno (especificar cuándo se puede escapar y cuándo hay que retornar). Además, las instrucciones deben especificar cuándo se podrá dar un paso por superado y pasar al siguiente.
- Haz una jerarquía de exposición para viajar en metro.
- ¿Qué harías si al revisar la exposición de la semana anterior, un paciente dice que no ha hecho nada? ¿Y si dice que tuvo un ataque de pánico y abandonó la exposición?
- ¿Qué harías con un paciente que a lo largo de tres semanas ha ido dando diferentes "razones" (falta de tiempo, resfriado, estrés en el trabajo) para no llevar a cabo sus tareas de exposición?
- Un paciente ha conseguido avanzar considerablemente en el manejo de su miedo a viajar en metro y ya sólo le queda hacer viajes largos con transbordo en horas punta. Sin embargo, en la siguiente sesión comenta lo siguiente: "El miércoles volví a tener mucho miedo, creía que esto del metro lo tenía superado... Ha sido un desastre, he aplicado las técnicas y no me han servido de nada... tuve otro ataque de pánico... Vuelvo a estar como antes... No quiero pasar otra vez por eso". Maneja la situación con este paciente.
- Reestructura el pensamiento "me desmayaré durante un ataque de pánico" en el caso de un paciente que, al preguntarle por la evidencia favorable al mismo, dice haberse desmayado una vez anteriormente.
- Plantea experimentos conductuales para someter a prueba las siguientes creencias de una chica agorafóbica: "si me desmayo en la calle, nadie me ayudará"; "no puedo viajar en metro, el excesivo calor haría que me desmayara".

### *Tema 2: Fobia social*

#### **Preguntas de reflexión y actividades**

- ¿La superación de la fobia social puede tener efectos negativos en la interacción con personas conocidas? Razona la respuesta.
- Un fóbico social puede ser enfrentado a una contradicción: atribución interna en caso de fracaso y externa en caso de éxito. Sin embargo, muchas personas normales invierten este tipo de atribuciones y caen también en una contradicción. ¿Qué te sugiere esto?
- Elabora para un supuesto paciente un modelo explicativo plausible del miedo a hablar en público.
- Deriva a partir del modelo anterior las técnicas terapéuticas a emplear y justifica su empleo.
- Enumera metas realistas y no realistas para una persona con fobia a ponerse roja.
- Elabora los principios generales a tener en cuenta a la hora de hacer una reclamación o concertar una cita.



- Selecciona una situación problemática (hacer una reclamación, concertar una cita o dar una charla, p.ej.) y entrena a un paciente simulado en algunas de las habilidades implicadas.
- Considera los pensamientos negativos típicos a la hora de hablar en público y elabora para cada uno de ellos al menos un pensamiento incompatible que sea personalmente pertinente y creíble. También puedes añadir otros pensamientos positivos que parezcan útiles, aunque, de entrada, no parezcan alternativas específicas para los pensamientos negativos considerados.
- Practica la reestructuración cognitiva con alguien que o bien comparta o bien simule mantener los siguientes pensamientos relativos a hablar o a intervenir en público: "Me harán preguntas que no sé contestar". "Me quedaré bloqueado y no podré continuar". "Las preguntas que se me ocurren son tontas".

### ***Tema 3: Depresión***

#### **Preguntas de reflexión y actividades**

- ¿Qué aspectos diferenciales crees que se dan entre la depresión de un niño, un adolescente y un adulto?
- ¿Los sujetos deprimidos tienen menos habilidades sociales o peor actuación social? ¿Cómo se sabe?
- ¿Cuál es el papel de la relajación en el tratamiento de la depresión?
- Elabora un gráfico detallado de un modelo explicativo de la depresión.
- Di guías para la planificación del tiempo.
- ¿Qué harías en el caso de un paciente que dice tener pensamientos suicidas?
- Enumera metas realistas para una persona con depresión.
- Realiza una Resolución de Problemas para un cliente con depresión que tiene problemas laborales.
- Haz una reestructuración cognitiva a un paciente simulado de 45 años que tras quedar en paro piensa que toda su vida es una ruina.
- Reestructura el pensamiento "Nunca seré capaz de aprobar esta asignatura. Nunca acabaré la carrera".
- Reestructura primero verbalmente y después conductualmente el pensamiento "Todos los hombres me van a rechazar por estar separada".
- Reestructura el pensamiento "No he sabido mantener mi matrimonio, soy un fracaso".
- Haz un autorregistro para evaluar los pensamientos desadaptados de un cliente deprimido.
- Acuerda con un adolescente deprimido las actividades que tendrá que hacer durante la próxima semana.
- Haz un listado de guías que pueden ser útiles para tratar el perfeccionismo.

### **Tema 4: Trastornos de alimentación (anorexia nerviosa y bulimia nerviosa)**

#### **Preguntas de reflexión y actividades**

- La anoréxica se queja de que se encuentra gorda incluso cuando está emaciada. ¿Es esto un delirio? Razona la respuesta.
- ¿Qué tipos de dieta puede hacer una anoréxica?
- Llevar a cabo una simulación de cómo se implicaría a una anoréxica a seguir viniendo cuando ha sido traída por su familia y niega su problema.
- Reestructura con una paciente simulada la creencia "si no estoy delgada, nadie me querrá". Po-

sibles contraargumentos de la paciente: “yo no poseo otras cualidades”, “yo sí tengo en cuenta estas cualidades para apreciar a otros, pero los demás sólo se basan en la figura”.

- Calcula tu Índice de Masa Corporal.
- Describe las características básicas de un atracón: cantidad y tipo de alimentos; frecuencia, duración y velocidad de las ingestas.
- Señala las diferencias en los atracones entre los distintos trastornos de alimentación.
- ¿Cuáles crees que son las variables fundamentales a abordar en el tratamiento de la bulimia y por qué? ¿Podría tratarse la bulimia sin abordar el componente alimentario?
- Escribe las instrucciones que darías a una bulímica para que organizara sus hábitos alimentarios. ¿Serían diferentes estas instrucciones para una anoréxica?
- Escribe las instrucciones que darías a una bulímica para ayudarla a controlar los estímulos que podrían desencadenar un atracón (comprar, cocinar, almacenar alimentos, etc.).
- ¿Puede una anoréxica convertirse en bulímica? ¿Cómo lo sabrías?
- Indica las diferencias en el tratamiento de una bulímica con peso normal y una bulímica obesa.
- Reestructura con una paciente simulada la creencia “no puedo comer en presencia de otros porque me descontrolaré y se darán cuenta”.
- Enumera técnicas para reducir la preocupación por el peso y la imagen corporal.
- ¿Cómo llevarías a cabo un entrenamiento en la percepción precisa del tamaño corporal?

## **Tema 5: Adicciones**

### **Preguntas de reflexión y actividades**

- ¿Cómo conseguirías que un alcohólico que no quiere saber nada de tratamiento, se decida a buscar ayuda?
- Imagina que en tu grupo de amigos hay uno que bebe en exceso. ¿Cómo le plantearías el problema?
- Escribe metas realistas para un cliente alcohólico.
- Define cuáles serían los criterios de éxito en el tratamiento del alcoholismo, tanto en un sentido amplio como en el sentido estricto de consumo.
- Piensa en situaciones que favorecen la recaída en el alcoholismo.
- Escribe las instrucciones que darías a un alcohólico para identificar y afrontar situaciones de alto riesgo.
- Entrena a un paciente drogodependiente simulado a decir "no" ante el ofrecimiento de bebida por parte de amigos. Primero piensa en los principios generales implicados en decir no, luego lleva a cabo un entrenamiento en habilidades.
- Reestructura con un paciente simulado posibles pensamientos negativos como los contemplados en los siguientes casos:
  - # Paciente que se niega a tomar disulfirán, prescrito para facilitar la consecución de la abstinencia, porque cree que las cosas las tiene que conseguir por sí misma.
  - # Paciente que tras tomar una copa, una vez lograda la abstinencia, piensa que ha recaído y no tiene nada que hacer.
  - # Pensamientos tenidos ante el ofrecimiento de bebida: a) "Si soy un amigo de verdad, tengo que decir que 'sí'." b) "Si digo que 'no', me sentiré mal." c) "Si digo que 'no', no querrá saber nada más conmigo."
- ¿Qué instrucciones darías a un familiar de un alcohólico que, tras un periodo de abstinencia, ha iniciado de nuevo el consumo?

## **Tema 6: Disfunciones sexuales**

### **Preguntas de reflexión y actividades**

- Una mujer alcanza el orgasmo a través de estimulación del clítoris, pero no vaginal. ¿Tiene una disfunción sexual? Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál?
- ¿Qué diferencias aprecias entre ansiedad sexual, aversión sexual y bajo deseo sexual?
- Escribe 5 mitos comunes relativos a las relaciones sexuales y analízalos.
- Una mujer acude a consulta porque su pareja tiene problemas sexuales y quiere ayudarle sin que él se entere. ¿Qué harías?
- Un adolescente acude a terapia indicando que tiene problemas sexuales. Haz una simulación con un/a compañero/a para identificar qué tipo de problemas tiene.
- Un cliente acude a consulta para resolver sus problemas sexuales, pero no tiene pareja estable. ¿Cómo enfocarías el tratamiento?
- Explica a un paciente con eyaculación precoz la técnica del apretón.
- Pensamientos a reestructurar:
  - # “Él debería saber lo que me gusta.”
  - # “Quiere que le haga una felación, es un perverso. Sólo busca su placer. La gente normal no hace esas cosas.”
  - # “Si no tiene erección antes de la actividad sexual, es que no desea esta.”
  - # “Si se masturba además de tener relaciones sexuales conmigo, quiere decir que no me quiere (o que no le satisfago).”
  - # “Si algunas veces él (ella) piensa en o imagina otras mujeres (hombres) durante la relación sexual, quiere decir que no me quiere.”
  - # "Si no consigo mantener la erección con las mujeres, igual soy homosexual."
- Simula con 2 compañeros la explicación e instrucciones de la focalización genital.
- ¿Qué harías con una pareja que se queja de que ven la focalización sensorial como algo mecánico?
- Explica y justifica a una pareja que estás tratando por problemas sexuales, la necesidad de realizar un entrenamiento en comunicación.

## ***Tema 7: Trastornos del sueño***

### **Preguntas de reflexión y actividades**

- ¿Deben emplearse técnicas específicas para el control del insomnio en el tratamiento del insomnio secundario o basta con abordar los problemas de los que depende?
- ¿Qué variables dependientes de las enumeradas en la página 384 no pueden obtenerse a partir del autorregistro de la página 386?
- ¿Cómo puede explicarse la eficacia de la técnica de control de estímulos?
- ¿Puede matizarse alguna de las sugerencias de higiene del sueño presentadas en la pág. 409? ¿Qué hay de la número 5?
- Justifica y explica a un paciente simulado la técnica de control de estímulos.
- Justifica y explica a un paciente simulado la técnica de restricción del sueño.
- Rebate las pegadas, de un paciente simulado, a la técnica de control de estímulos. Posibles pegadas: “ya lo he intentado antes”, “es demasiado simple para que funcione”, “mi problema es biológico”.
- Comprueba con un paciente simulado si emplea bien el control de estímulos. El paciente deberá presentar alguna dificultad como no levantarse al no conciliar el sueño, no levantarse a la hora prevista cuando se ha dormido poco, echar siestas, etc.
- Reestructura la creencia “no rendiré en el trabajo si no duermo 8 horas”, la cual dificulta la puesta en práctica de la técnica de control de estímulos.
- Contestar el cuestionario de creencias del apéndice 1 (pág. 428), analizarlo y reestructurar alguna creencia.

- Plantea de modo gráfico una hipótesis explicativa del caso presentado.

## ***Tema 8: Problemas de control de esfínteres***

### **Preguntas de reflexión y actividades**

- Unos padres acuden a la primera visita y en respuesta a tus preguntas informan que a su hija de 8 años enurética no la dejan beber desde las 7 de la tarde y que duerme con pañales. ¿Qué recomendaciones les darías inicialmente?
- Unos padres acuden a la primera visita, derivados por el pediatra, e informan que el problema de enuresis de su hijo es hereditario y que creen que se solucionara solo. ¿Qué harías?
- Escribe en que casos de enuresis no sería necesario realizar un entrenamiento en retención o emplear el aparato de alarma.
- Explica a unos padres simulados cómo se aplicaría el tratamiento de la enuresis.
- Explica a un niño de 9 años simulado su problema de encopresis y que vais a hacer para ayudarle.
- Maneja algunas pegats puestas por los padres: “no tiene por qué emplearse un aparato para resolver este problema”, “¿por qué dar premios para algo que debería hacer con normalidad?”
- Confecciona un programa de economía de fichas para un niño con encopresis.
- Un niño encoprético en tratamiento sigue ensuciándose, pero solamente en horario escolar. Dice que le da apuro pedir permiso al profesor para ir al aseo. ¿Qué deberías hacer para solucionar ese problema?
- Enumera los problemas que crees que se dan más frecuentemente durante el tratamiento de la enuresis y de la encopresis. Di como los solucionarías.
- Identifica posibles soluciones para los siguientes problemas: a) El niño no oye el aparato de alarma. b) El niño desconecta la alarma, pero no se levanta. c) El niño se levanta con mucho genio cuando suena la alarma.

## ***Tema 9: Problemas de conducta en la infancia***

### **Preguntas de reflexión y actividades**

- Justifica a unos padres simulados por qué los castigos que utilizan habitualmente son ineficaces. Con los mismos padres, justifica por qué el ser demasiado permisivo favorece conductas desadaptadas.
- Escribe las instrucciones a dar a unos padres para controlar las rabietas de su hijo de 5 años.
- Lleva a cabo un entrenamiento en habilidades sociales con un adolescente que se muestra agresivo con los que no están de acuerdo con él en ciertos temas.
- Elabora un autorregistro para identificar las conductas negativistas de un niño de 10 años.
- Elabora un programa de economía de fichas para una niña de 8 años que desobedece frecuentemente a sus padres.
- Simula con 2 compañeros cómo entrenarles como padres a dar órdenes y hacer peticiones a su hijo de 11 años.
- Entrena a un maestro a manejar el tiempo fuera con un niño que molesta continuamente en clase.
- ¿Qué instrucciones darías a unos padres que tienen una hija de 7 años que tarda más de 1 hora en comer cada una de las comidas diarias?
- Unos padres se quejan de que su hijo adolescente de 14 años no cumple sus horarios de llegar a casa. ¿Qué les recomendarías?
- Unos padres se quejan de que su hijo de 6 años nunca recoge los juguetes. ¿Qué harías?

## ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA

### BÚSQUEDA DE CASOS

- Consultar **libros de casos clínicos**, los cuales pueden localizarse a través del catálogo de la biblioteca. Posibles ejemplos son:

Alario, S. (1993). *Estudio de casos en terapia del comportamiento* (2ª ed.). Valencia: Promolibro.  
 Alario, S. (1995). *Estudio de casos en sexología*. Valencia: Promolibro.  
 Brown, T.A. y Barlow, D.H. (1997). *Casebook in abnormal psychology*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.  
 Espada, J.P., Olivares, J. y Méndez, F.X. (Coords.). (2004). *Terapia psicológica: Casos prácticos*. Madrid: Pirámide.  
 Feindler, E.L. y Kalfus, G.P. (Ed.). (1990). *Adolescent behavior therapy handbook*. Nueva York: Springer.  
 Hersen, M. y Last, C.G. (Eds.). (1988). *Child behavior therapy casebook*. Nueva York: Plenum.  
 Hersen, M. y Last, C.G. (Eds.). (1993). *Manual de casos de terapia de conducta*. Bilbao: Desclée de Brouwer. (Original de 1985)  
 Macià, D. y Méndez, F.X. (Eds.). (1988). *Aplicaciones clínicas de la evaluación y modificación de conducta: Estudio de casos*. Madrid. Pirámide.  
 Méndez, F.X. y Macià, D. (1990). *Modificación de conducta con niños y adolescentes: Libro de casos*. Madrid: Pirámide.  
 Oltmanns, T.F., Neale, J.M. y Davison, G.C. (1995). *Case studies in abnormal psychology* (4ª ed.). Nueva York: Wiley.  
 Reinecke, M.A., Dattilio, F.M. y Freeman, A. (1996). *Cognitive therapy with children and adolescents: A casebook for clinical practice*. Nueva York: Guilford.  
 Ruipérez, M.A. y Heimann, C. (1996). *Trastornos del estado de ánimo y por ansiedad: Análisis de casos*. Valencia: Promolibro.  
 Rodríguez Sacristán, J. (Ed.). (2000). *Psicopatología infantil básica: teoría y casos clínicos*. Madrid: Pirámide.  
 Scott, J., Williams, J.M.G. y Beck, A.T. (1989). *Cognitive therapy in clinical practice: An illustrative casebook*. Londres: Routledge.  
 Vallejo, M.A., Fernández-Abascal, E.G. y Labrador, F.J. (1990). *Modificación de conducta: Análisis de casos*. Madrid: TEA.

- Buscar casos clínicos sobre el trastorno de interés en **bases de datos como PsychINFO, PSYCHODOC, Medline y PUBMED**. Aparecerán casos publicados en inglés, pero también en castellano en las revistas incluidas en la base de datos consultada. Un ejemplo de estrategia de búsqueda en PsychINFO para un caso de fobia social sería:

("social phobi\*" or "social anxi\*") and ("clinical case" or "case study")

Si no se localiza ningún caso, puede ampliarse la búsqueda del siguiente modo:

("social phobi\*" or "social anxi\*") and case

- Buscar casos clínicos sobre el trastorno de interés en las **revistas relacionadas con terapia de conducta** y que no consten en la base de datos consultada. Para ello, puede consultarse el índice final anual de la revista. Ejemplos de posibles revistas son (pueden estar disponibles en papel, en formato electrónico o en ambos):

Análisis y Modificación de Conducta  
 Ansiedad y Estrés  
 Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace  
 Psicología Conductual

Psicothema  
 Revista de Psicología de la Salud  
 Revista de Psicoterapia  
 Addictive Behaviors  
 Anxiety, Stress and Coping  
 Behavior Modification  
 Behavior Therapy  
 Behaviour Research and Therapy  
 Behavioural and Cognitive Psychotherapy  
 British Journal of Clinical Psychology  
 Child and Family Behavior Therapy  
 Clinical Psychology & Psychotherapy  
 Clinical Psychology Review  
 Cognitive Behaviour Therapy  
 Cognitive Therapy and Research  
 Comprehensive Psychiatry  
 Human Psychopharmacology  
 Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive  
 Journal of Abnormal Psychology  
 Journal of Anxiety Disorders  
 Journal of Applied Behavior Analysis  
 Journal. of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry  
 Journal of Clinical Psychiatry  
 Journal of Clinical Psychology  
 Journal of Cognitive Psychotherapy  
 Journal of Consulting and Clinical Psychology  
 Journal of Psychiatric Research  
 Journal of Psychopathology & Behavioral Assessment  
 Journal of Sex Research  
 Journal of Substance Abuse  
 Journal of Traumatic Stress  
 Psychiatric Annals  
 Psychological Bulletin  
 Psychotherapy  
 Stress and Health

- Buscar en la biblioteca **libros sobre el trastorno de interés** y mirar si incluyen algún caso clínico. Ejemplos de estos libros son:

Bados, A. (2001). *Fobia social*. Madrid: Síntesis.

Bragado, M.C. (1999). *Enuresis infantil: Un problema con solución*. Madrid: Pirámide.

Calvo, R. (2001). *Anorexia y bulimia: Guía para padres, educadores y terapeutas*. Barcelona: Planeta.

Fernández-Alba, A, y Labrador, F.J. (2002). *Juego patológico*. Madrid: Síntesis.

- Buscar en la biblioteca **libros sobre aplicaciones de la terapia de conducta**, mirar si hay algún capítulo sobre el trastorno de interés y hojearlo para ver si se presenta algún caso. Ejemplos de estos libros son:

Caballo, V.E. (Dir.). (1997). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (Vols. 1 y 2). Madrid: Siglo XXI.

Luciano, M.C. (Dir.). (1996). *Manual de psicología clínica: Infancia y adolescencia*. Valencia: Promolibro.

Servera, M. (Coor.). (2002). *Intervención en los trastornos del comportamiento infantil: Una perspectiva conductual de sistemas*. Madrid: Pirámide.

Vallejo, M.A. (Ed.). (1998). *Manual de terapia de conducta*, (Vols I y II). Madrid: Dykinson.

- Si todo lo anterior falla, puede acudir a un **buscador de internet (p.ej., Google)**, pero hay que asegurarse de que el caso haya sido publicado, a ser posible, no por un particular, sino por alguien con soporte institucional.

## BÚSQUEDA DE ARTÍCULOS SOBRE EL TRASTORNO

- Buscar en **bases de datos como PsychINFO, PSYCHODOC, Medline y PUBMED** artículos más o menos recientes que hagan revisiones sobre la naturaleza, evaluación y tratamiento del trastorno de interés. Un ejemplo de estrategia de búsqueda en PsychINFO para el tratamiento de agorafobia sería buscar en el apartado “título” el cruce de las siguientes palabras (\* indica que puede seguir una o más letras;):

TI (agoraphobi\* or “panic disorder”) and TI (treatment or therapy or intervention) and TI review

Si con *review* no aparecen casi artículos, se puede repetir la búsqueda sin dicho término.

Un ejemplo de estrategia de búsqueda en PsychINFO para la evaluación de la impotencia y de las disfunciones sexuales en general sería buscar en el apartado “título”:

TI (assessment or interview or questionnaire or inventory or scale or survey or check-list or self-monitoring or self-recording) and TI (“sexual dysfunction” or “sexual function” or “erectile dysfunction” or “male erectile disorder” or “sexual impotence”) and TI review

Si con *review* no aparecen casi artículos, se puede repetir la búsqueda sin dicho término.

- Buscar en la biblioteca o en librerías **libros sobre el trastorno de interés**. Ejemplos de estos libros han sido dados más arriba.
- Buscar en la biblioteca **libros sobre aplicaciones de la terapia de conducta** y mirar si hay algún capítulo sobre el trastorno de interés. Ejemplos de estos libros han sido dados más arriba.
- Buscar en la biblioteca **libros sobre psicopatología y evaluación de trastornos** y mirar si hay algún capítulo sobre el trastorno de interés. Ejemplos de estos libros son:

Caballo, V.E., Buena-Casal, G. y Carrobles, J.A. (Dir.). *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos. Vol. I: Fundamentos conceptuales, trastornos por ansiedad, afectivos y psicóticos*. Madrid: Siglo XXI.

Caballo, V.E., Buena-Casal, G. y Carrobles, J.A. (Dir.). *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos. Vol. II: Trastornos de la personalidad, medicina conductual y problemas de relación*. Madrid: Siglo XXI.

Buena-Casal, G., Caballo, V.E. y Carrobles, J.A. (Dir.). *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos. Vol. II: Trastornos de la personalidad, medicina conductual y problemas de relación*. Madrid: Siglo XXI.

- Buscar en la biblioteca **libros sobre instrumentos de evaluación** y mirar si contienen instrumentos sobre el trastorno de interés. Ejemplos de estos libros son:

Antony, M.M., Orsillo, S.M. y Roemer, L. (Eds.). (2001). *Practitioner's guide to empirically based measures of anxiety*. Nueva York: Klumer/Plenum.

Badía, X., Salamero M. y Alonso, J. (2002). *La medida de la salud. Guía de escalas de medición en español (3ª ed.)*. Barcelona: Edimac.

Bobes, J., G.-Portilla, M.P., Bascarán, M.T., Sáiz, P.A. y Bousoño, M. (2002). *Banco de instrumentos para la práctica de la psiquiatría clínica*. Barcelona: Ars Médica.

- Bulbena A., Berrios, G.E. y Fernández de Larrinoa P. (200). *Medición clínica en psiquiatría y psicología*. Barcelona, Masson.
- Comeche, M.I., Díaz, M.I. y Vallejo, M.A. (1995). *Cuestionarios, inventarios y escalas: Ansiedad, depresión, habilidades sociales*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Corcoran, K. y Fischer, J. (2000). *Measures for clinical practice: A source book. Volume I: Couples, families and children* (3ª edición). Nueva York: Free Press.
- Corcoran, K. y Fischer, J. (2000). *Measures for clinical practice: A source book. Volume II: Adults* (3ª edición). Nueva York: Free Press.
- Davis, C.M., Yarber, W.L. y Davis, S.L. (1988). *Sexuality-related measures: A compendium*. Lake Mills, Iowa: Graphic Publishing Company.
- Gutiérrez, T., Raich, R.M., Sánchez, D. y Deus, J. (Coords.). (2003). *Instrumentos de evaluación en psicología de la salud*. Madrid: Alianza.
- Muñoz, M., Roa, A., Pérez, E., Santos-Olmo, A.B. y de Vicente, A. (2002). *Instrumentos de evaluación en salud mental*. Madrid: Pirámide.
- Nezu, A.M., Ronan, G.F., Meadows, E.A. y McClure, K.S. (Eds.). (2000). *Practitioner's guide to empirically based measures of depression*. Nueva York: Kluwer/Plenum.
- Puede acudir a un **buscador de internet (p.ej., Google)**, pero hay que asegurarse de que la información haya sido publicada, a ser posible, no por un particular, sino por alguien con soporte institucional. Google es especialmente interesante para localizar formas completas de los instrumentos de evaluación.



## APLICACIONS CLÍNiques DE LA TERAPIA COGNITIU-CONDUCTUAL

### Hores dedicades a la part pràctica de l'assignatura

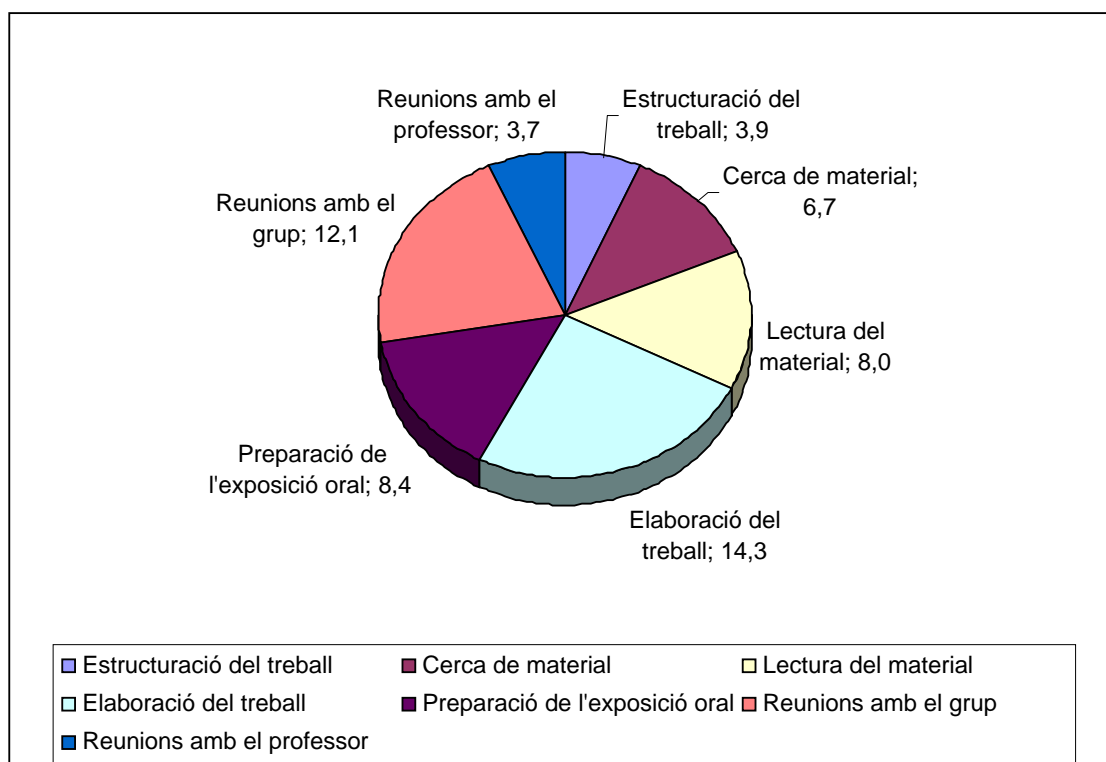
Curs 2004-2005

Aquest any els alumnes de l'assignatura han informat les hores que han dedicat a la part pràctica de l'assignatura (elaborar un treball escrit sobre un dels temes de la matèria i fer-ne una exposició a classe). En l'assignatura, aquesta part pràctica, que generalment es treballa en grup, és fonamental i representa el 50% de la nota final.

Tenim informació de 100 alumnes matriculats als grups M1 (n=73) i T1(n=27). Set alumnes més, del grup T1, no van informar de les hores que havien dedicat a aquestes tasques i no s'han tingut en compte a l'hora d'elaborar els càlculs. Tan sols hi va haver 6 alumnes que van fer el treball de forma individual (2 del grup del matí i 4 del grup de tarda). Les hores van ser auto-informades (possible biaix de sobre-estimació?) i es van entregar conjuntament amb el treball escrit.

De mitjana, els alumnes van dedicar un total de 58,6 hores (SD: 31,4) a realitzar les tasques relacionades amb la part pràctica: Concretament, de mitjana, s'han reunit amb la resta de membres del grup 12,1h. (SD: 9,4) i 3,7h. (SD: 8,7) amb el professor. La cerca del material i la seva lectura els ha suposat una dedicació de 6,7h. (SD: 6,9) i 8,0h. (SD: 7,1), respectivament. L'estructuració del treball els ha ocupat una mitjana de 3,9 (DS: 4,9) hores i han dedicat una mitjana de 14,3h. (SD: 12,8) a l'elaboració del treball. Finalment, preparar l'exposició oral els ha ocupat 8,4h. (SD: 6,4) (veure Figura 1.).

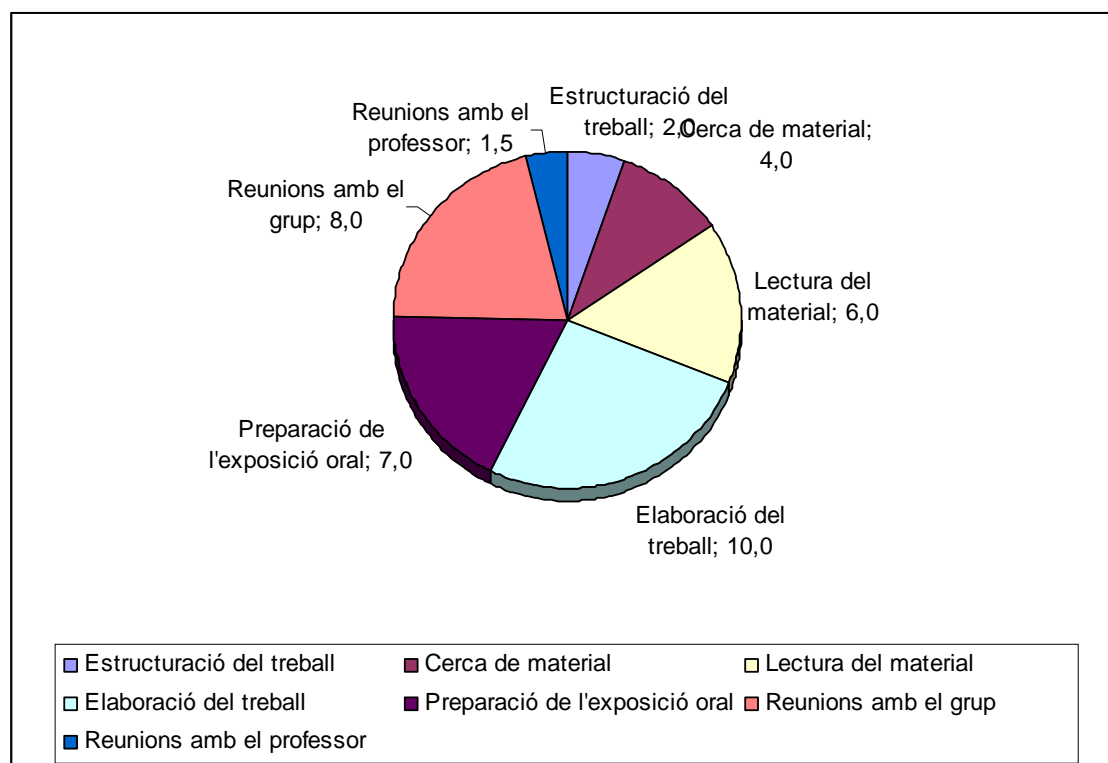
Figura 1. Mitjana d'hores dedicades la pràctica (curs 2004-2005)



Com que les desviacions estàndard són molt altes, potser ens permet tenir un retrat més ajustat a la realitat les dades que es desprenen de les medianes (que són molt similars a les modes) i que descrivim a continuació:

La mediana d'hores que els alumnes van dedicar a totes les tasques lligades a la part pràctica de l'assignatura van ser 52,5: Concretament, de mediana, s'han reunit amb la resta de membres del grup 8,0h. i 1,5h. amb el professor. La cerca del material i la seva lectura els ha suposat una dedicació de 4,0h. i 6,0h., respectivament. L'estructuració del treball els ha ocupat una mediana de 2,0 hores i han dedicat una mediana de 10,0h. a l'elaboració del treball. Finalment, preparar l'exposició oral els ha ocupat 7,0h (veure Figura 2.).

Figura 2. Mediana d'hores dedicades la part pràctica (curs 2004-2005)

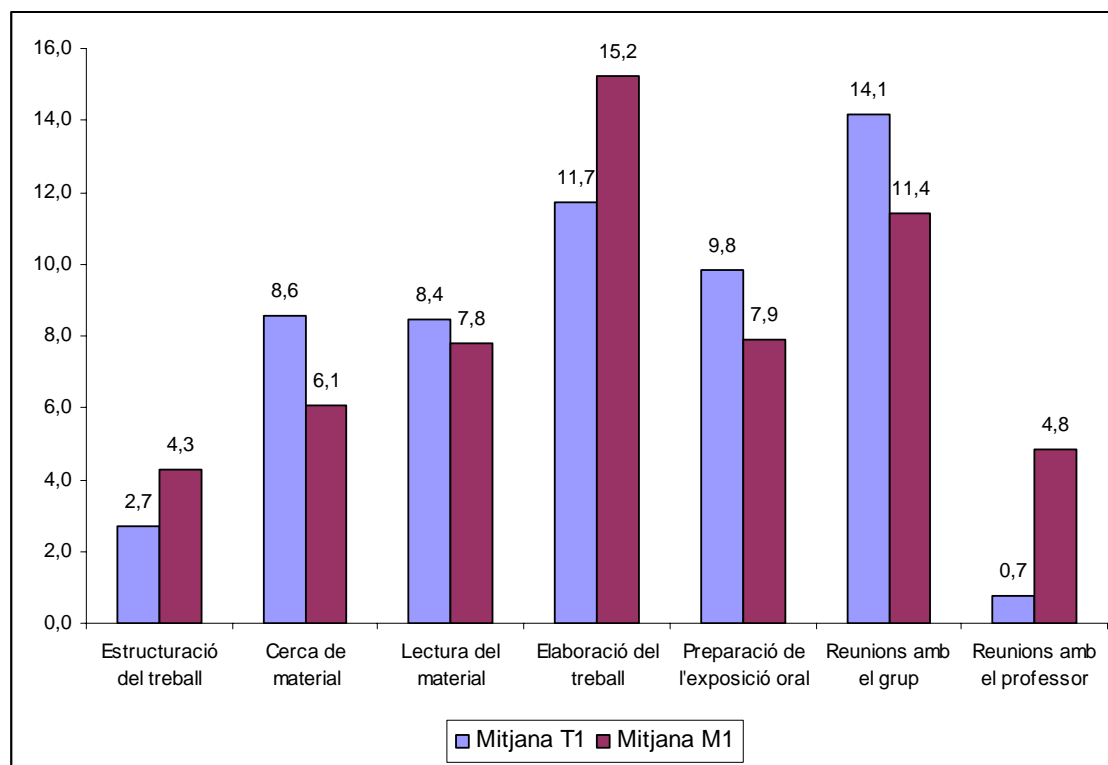


Com que el grup de tarda i el de matí tenien característiques diferencials (el de matí era més nombrós que el de tarda) i, per altra banda, en el grup del matí la professora va donar l'oportunitat de presentar una primera versió del treball escrit per a que, un cop rebut el feedback de la professora, el poguessin refer i millorar, hem considerat interessant fer una comparativa per veure com havien organitzat les hores de treball.

El grup del matí (en vermell) ha dedicat una mitjana més elevada d'hores a les tasques relacionades amb l'elaboració del treball i a les reunions amb el professor, la qual cosa és consistent amb el sistema que va oferir la professora del matí (Figura 3). El grup de la tarda, en canvi, va dedicar més hores que el del matí a fer la cerca del material i a les reunions amb el grup de companys.

El grup de tarda ha dedicat una mitjana de 55,8h al treball pràctic, mentre que el grup del matí n'hi ha dedicat 59,5. Quant a les tasques que han requerit més hores en ambdós grups han estat elaborar el treball escrit i fer les reunions de grup. L'estructuració del treball i les reunions amb el professor són les activitats que menys hores han consumit.

Figura 3. Mitjana d'hores dedicades a la part pràctica T1 vers M1 (curs 2004-2005)



Si comparem el temps mitjà que han dedicat els alumnes al seu treball (figura 4) veiem que hi ha molta variabilitat. En realitat el tema del treball no sembla ser un determinant del nombre d'hores dedicades al mateix. Precisament el temps mitjà dedicat per alumne i treball pot variar enormement en un mateix tema, per exemple en tr. sexuals s'informa d'haver dedicat 20,8h. el grup de tarda i 129,4h. en el grup de matí. Probablement en un cas els alumnes han fet una sobre estimació i en l'altre una infra-estimació del temps que han dedicat a les tasques del treball pràctic. Així doncs cal ser molt prudent a l'hora d'interpretar les dades referides al temps informat pels alumnes per realitzar les tasques.

Figura 4. Mitjana d'hores per alumne i grup dedicades la part pràctica (curs 2004-2005)

