

Propuesta de un protocolo psicoterapéutico para el Trastorno de Ansiedad Generalizada basado en el Enfoque Psicológico Aristotélico-Tomista

Proposal of a psychotherapeutic protocol for Generalized Anxiety Disorder based on the Aristotelian-Thomist Psychological Approach

Lamartine de Hollanda Cavalcanti Neto¹

Resumen

Este trabajo presenta la versión resumida de una propuesta de protocolo psicoterapéutico experimental para el Trastorno de Ansiedad Generalizada basado en el enfoque psicológico aristotélico-tomista, el cual deberá ser testado mediante un ensayo clínico aleatorizado, unicéntrico, paralelo, de brazo duplo, simple ciego y comparativo de la efectividad terapéutica de dicho protocolo con la de la Terapia Cognitivo-Conductual. Debido a su extensión, será presentada aquí tan sólo una versión resumida del protocolo experimental, el cual aún se encuentra en fase de desarrollo, por lo que su versión final, a ser testada en el susodicho ensayo, podrá no corresponder enteramente con la del presente texto.

Palabras-clave

Protocolos terapéuticos, Psicología Tomista, Trastorno de Ansiedad Generalizada, ensayos clínicos aleatorizados.

Abstract

This paper presents the summarized version of a proposed experimental psychotherapeutic protocol for Generalized Anxiety Disorder based on the Aristotelian-Thomistic psychological approach, which will be tested by means of a randomized, single-center, parallel, double-arm, single-blind clinical trial comparing the therapeutic effectiveness of said protocol with that of Cognitive-Behavioral Therapy. Due to its

¹ Médico psiquiatra, coordinador de la disciplina de Psicología del Instituto Filosófico Aristotélico-Tomista, director científico del Instituto De Anima, doctor en Bioética por el Centro Universitario Sao Camilo, posdoctorado en Filosofía por la Universidad Federal de São Paulo y posdoctorando en Psiquiatría en la Universidad de São Paulo (Brasil). Este trabajo aprovecha y desarrolla partes del texto ya publicado en la “Proposta de protocolo terapêutico para a ansiedade generalizada sob o enfoque tomista” (CAVALCANTI NETO, 2023) que fue presentado en el 1er Congreso Aristotélico-Tomista de Psicología realizado en mayo de 2023 en Brasil. También aprovecha y desarrolla partes del trabajo “Proyecto de ensayo clínico controlado para evaluación de la eficacia terapéutica del enfoque psicológico aristotélico-tomista” (CAVALCANTI NETO, 2024), presentado en el 25º Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría, Psicología y Salud Mental – Interpsiquis 2024, realizado en España, que tuvo lugar en mayo de 2024. En su presente redacción, que incluye algunas pequeñas correcciones, este trabajo fue presentado en el XXVI Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría, Psicología y Salud Mental (Interpsiquis 2025) y está siendo publicado en esta Revista con autorización del autor.

length, only a summarized version of the experimental protocol will be presented here, which is still in the development phase, so its final version, to be tested in the aforementioned trial, may not correspond entirely with that of the present text.

Key words

Therapeutic protocols, Thomistic Psychology, Generalized anxiety disorder, randomized clinical trials.

1 Criterios metodológicos para la elaboración de la propuesta de protocolo

Esta propuesta de protocolo hace parte de un ensayo clínico más amplio (denominado, en Portugués, “Avaliação de analogias terapêuticas: um estudo comparativo, controlado e aleatorizado em psicoterapia – Estudo AVANT”) que tiene por objetivo evaluar la efectividad terapéutica del Protocolo Experimental Basado en el Enfoque Psicológico Aristotélico-Tomista (PEBEPAT), tomando como referencia de comparación la efectividad de la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), tal como propuesta por Aaron Beck (2012) y Judith Beck (2013).

El proyecto de investigación del estudio ya fue presentado en Interpsiquis 2024 (CAVALCANTI NETO, 2024),² por lo que no hace falta presentar mayores detalles aquí. De mismo modo, no hace falta presentar aquí el protocolo de TCC adoptado en el grupo control del estudio, una vez que ya está completamente descrito en la bibliografía adoptada para este fin (CLARK y BECK, 2012; BECK, 2013), por lo que pasamos, a continuación, a la descripción del PEBEPAT.

La propuesta del PEBEPAT está basada en un levantamiento de literatura especializada, buscando seguir, en la medida de lo posible, los estándares y criterios allí recomendados. Para ello se utilizaron y/o consultaron obras como las siguientes:

- APA Guidelines for Psychological Assessment and Evaluation (AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION - APA TASK FORCE ON PSYCHOLOGICAL ASSESSMENT AND EVALUATION GUIDELINES, 2020).
- Behavioral Research Protocol Template (UNIVERSITY OF CALIFORNIA - SAN FRANCISCO, 2021).
- Clinical Intervention Study Protocol Template (NATIONAL CENTER FOR COMPLEMENTARY AND INTEGRATIVE HEALTH, 2012).
- Criteria for evaluating treatment guidelines (AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION, 2002).
- Diretrizes metodológicas do Sistema GRADE/Manual de graduação da qualidade da evidência e força de recomendação para tomada de decisão em saúde (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).
- Guia de elaboração de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).
- Guía de práctica clínica para el tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada en Atención Primaria (ESPAÑA, MINISTERIO DE SANIDAD, 2024).

² Disponible en: <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/proyecto-de-ensayo-clinico-controlado-para-evaluacion-de-la-efectividad-terapeutica-del-enfoque-psicologico-aristotelico-tomista>

- Guidelines International Network: toward international standards for clinical practice guidelines (QASEEM et al., 2012).
- Professional Practice Guidelines for Evidence-Based Psychological Practice in Health Care (AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION, 2021).
- Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).
- Protocol template (UNIVERSITY OF CALIFORNIA - SAN FRANCISCO, 2015).
- SPIRIT 2013 - Explanation and Elaboration: Guidance for protocols of clinical trials (CHAN et al., 2013).
- Template for developing guidelines: interventions for mental disorders and psychosocial aspects of physical disorders (AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION - TASK FORCE ON PSYCHOLOGICAL INTERVENTION GUIDELINES, 1995)
- WHO Handbook for Guideline development (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

El trabajo de adaptación y armonización de tantas normativas y criterios técnicos no fue sencillo, sobre todo porque era necesario hacer un enfoque a la vez abarcativo y sintético de todos estos requisitos metodológicos, so pena de tornar inexecutable tanto la formulación de un protocolo terapéutico viable, como su aplicación concreta.

En todo caso, la presente propuesta de protocolo terapéutico no debe considerarse como definitiva, sino más bien en proceso de mejora colaborativa hasta el momento en que comience a ponerse en práctica en el presente ensayo clínico, por lo que las propuestas de sugerencias, correcciones y críticas proactivas siempre serán bien recibidas.

2 Observaciones preliminares

2.1 Preservación del enmascaramiento ante los pacientes.

Los investigadores que aplicarán los protocolos terapéuticos, tanto al grupo de control (que recibirá la TCC), como al grupo experimental (que recibirá este protocolo), deben tener el máximo cuidado de no mencionar nunca nombres de autores, conceptos, terminologías específicas u otras indicaciones que puedan identificar cuál de los métodos terapéuticos se está aplicando a cada paciente, para no perjudicar la estrategia de enmascaramiento simple o mono-ciego de la investigación, para evitar que el paciente se dé cuenta si está en el grupo control o no experimental.

Por ejemplo, nunca mencionar los nombres de los autores de cada método (Santo Tomás, Aristóteles, Aarón o Judith Beck, etc.) ni tampoco términos que puedan indicar el método adoptado (ejemplos: “cognitivo-conductual”, “pensamiento automático”, “creencias nucleares”, “filosofía”, “metafísica”, “sustancia y accidente”, etc.). Mientras el terapeuta no adquiera experiencia en esta atención, es recomendable esquematizar bien (si es necesario, por escrito) lo que se pretende decir o explicar durante cada sesión de psicoterapia, además de proporcionar previamente los sinónimos adecuados para cada expresión para evitar distracciones.

Al proporcionar información esencial para el tratamiento del paciente, hace falta utilizar términos y explicar su contenido de forma neutral y en lenguaje común, sin ir más allá de lo mínimo necesario para la comprensión del concepto. Por ejemplo, al explicar qué son “pensamientos automáticos”, en el caso de la TCC, o “potencias que dan origen

a actos”, en el caso del EPAT, decir simplemente “hay pensamientos que vienen de repente” o “nuestras acciones existen porque tenemos posibilidades o facultades que nos permiten realizar estos actos”, etc.

Cabe recordar que los pacientes, como cualquier persona con acceso a Internet, pueden realizar búsquedas sencillas en función de los términos utilizados en las sesiones, incluso por curiosidad, y, como resultado, acabar dándose cuenta de qué método se les está aplicando, comprometiendo la metodología de enmascaramiento del estudio.

2.2 Frecuencia de las sesiones

Como la frecuencia de las sesiones en la TCC (BECK, 2013) es semanal, la frecuencia de las consultas en el PEBEPAT también será semanal (una vez por semana para cada paciente) durante todo el período de aplicación de los protocolos. Esta periodicidad, no obstante, se verá facilitada por el hecho de que las sesiones se realizan a distancia (teleatendimiento), lo que permite flexibilidad de horarios, tanto por parte del terapeuta como del paciente, que así podrán combinar días y horarios que sean más convenientes para ambas partes, además de reducir los costos de desplazamiento del paciente y ocupación del horario y consultorio del terapeuta.

2.3 Rigor y coherencia metodológica

Si los terapeutas pudieran hacer variaciones en la metodología terapéutica a lo largo del tratamiento, al final del tratamiento el ensayo clínico podría medir mucho más el desempeño y habilidad de los terapeutas que el método innovador (PEBEPAT) que se pretende evaluar. Lo mismo y, a la inversa, si no se aplicara con precisión el método de referencia para el grupo control (TCC de Beck).

Para evitar la introducción de este tipo de sesgo del investigador, será necesario que todos los terapeutas participantes adopten estrictamente el método específico para cada grupo de pacientes (PEBEPAT o TCC), sin introducir ni una sola variación, por mucho que estén en desacuerdo con este o aquello aspecto de cada método, o que tengan tal o cual preferencia personal o hábito de práctica clínica.

2.4 Estructura y modalidad genérica de las sesiones del PEBEPAT

2.4.1 Estructura genérica

Como el PEBEPAT se presenta como una especie de variante experimental de la TCC propuesta por Aaron y Judith Beck, los terapeutas que aplicarán el PEBEPAT podrán adoptar, a partir de la segunda sesión, una estructura de sesión genérica similar a la adoptada en la TCC, pero con la flexibilidad necesaria para permitir su adaptación a cada paciente, así como a las características específicas del PEBEPAT que se describirán más adelante. De esta forma, la estructura genérica de las sesiones podrá ser:

1) Parte inicial de la sesión:

- Evaluación clínica (y psicométrica, en las sesiones iniciales, intermedias y finales de tratamiento) de la sintomatología del paciente en el momento de la sesión. Cuando hay evaluación psicométrica, ésta puede ser realizada

por el paciente antes de la sesión, con orientación previa del terapeuta, y a través de los instrumentos de autoevaluación adoptados en el PEBEPAT (ver más abajo).

- Lectura en conjunto (paciente y terapeuta) de las notas de terapia (ver más abajo) realizadas en la sesión y a lo largo de la semana anterior, como base para los siguientes pasos.
- Evaluación del cumplimiento de las actividades ocupacionales terapéuticas prescritas, obstáculos presentados y posibles soluciones.
- Definir una agenda para la sesión, es decir, qué pretende tratar el paciente y qué necesita decir el terapeuta en la sesión del día.
- Definición de prioridades de la agenda, dentro del tiempo de la sesión.

2º) Parte intermedia de la sesión:

- Abordar los síntomas, preocupaciones y problemas propuestos para la agenda del día.
- Transformar colaborativamente estos problemas, síntomas e preocupaciones en nuevos objetivos de solución concretos (ver más abajo).
- Aplicar el método de resolución de problemas (ver el tópico 2.6 punto 4º.8 más abajo) y estructurar un cronograma de actividades para resolverlos (ver más abajo), siempre de manera colaborativa.
- Invitar al paciente a anotar este cronograma (en el cuaderno o medio digital destinado a las notas de terapia), como forma de asegurar su implementación.
- Tomar notas, a lo largo de la sesión, de los demás puntos significativos, como parte integral de las notas de terapia.

3º) Parte final de la sesión:

- Presentar un resumen de la sesión, o pedirle al paciente que lo haga, cuando ya sea capaz de hacerlo.
- Revisar el cronograma de actividades, cotejándolo con las notas tomadas durante la sesión.
- Solicitar retroalimentación al paciente sobre la sesión del día (también se puede pedir retroalimentación en otros momentos o a lo largo de la sesión, cuando sea apropiado).

2.4.2 Método genérico de la terapia basado en el PEBEPAT

Los pasos que se describen a continuación serán detallados y especificados en los tópicos que se presentarán más adelante. Estos pasos deben ser expuestos a los pacientes al inicio de la terapia, reforzados a lo largo de la misma y, sobre todo, enseñados cuando

se acerca el final (desde la quinta sesión antes de la última), con el fin de empoderar a los pacientes para que sean sus propios terapeutas. Ellos son:

- Identificación clara y redacción del listado de síntomas que presenta el paciente actualmente.
- Anotación de las características de cada uno de estos síntomas y sus respectivas causas.
- Valoración (y anotación) de cuánto hay de objetivo y racional en cada uno de estos síntomas y de estas causas, así como de cuánto hay de emocional, imaginario, memorativo y/o instintivo en ellos.
- Identificación clara y anotación de las causas no racionales para distanciarse voluntariamente de ellas lo máximo posible, centrando la atención en la resolución de las causas objetivas y racionales.
- Identificación y toma de notas de las causas o problemas objetivos y racionales para transformarlos en nuevos objetivos de solución, anotando estos últimos también.
- Aplicación del método de resolución de problemas (ver ítem 2.6 punto 4.8 más abajo) y elaboración por escrito de un cronograma de ocupaciones para tal efecto.
- Establecer cómo gobernar la atención (ver más abajo) e, indirectamente, las emociones, imaginaciones, recuerdos e instintos, mediante el diligente cumplimiento del cronograma establecido.
- Establecer cómo realizar el seguimiento y automonitoreo de los dos últimos puntos anotando los objetivos, pasos y resultados. Se puede sugerir al paciente una tabla u hoja de cálculo para este fin.
- Reorientación del método de resolución de problemas y gestión de la atención siempre que el monitoreo y/o automonitoreo identifique puntos a corregir.
- Pedir ayuda a los amigos y familiares cuando no haya suficiente motivación y fuerza de voluntad para cumplir con el cronograma (ver más abajo).
- Entrenar progresivamente al paciente para que él mismo aplique los pasos descritos anteriormente.
- A través de la psicoeducación, desde el inicio de la terapia, ayudar al paciente a comprender el proceso psicopatológico mediante el cual se instalaron y desarrollaron sus problemas y síntomas, así como el proceso mediante el cual se establece su mejoría y evolución.

2.5 Estructura y progresión lógica de las sesiones de PEBEPAT

No hace falta abordar en este proyecto, incluso para evitar una extensión excesiva, la progresión lógica (tanto genérica, como específica) de la TCC porque ya está debidamente explicada en el libro de Judith Beck (2013) y en el de Aaron Beck y David

Clark (2012), adoptados aquí como referencia para este fin. Los investigadores voluntarios que trabajarán en el grupo de control deberán seguir estrictamente, en cada sesión, los procedimientos allí especificados.

La estructura de las sesiones propuestas para nuestro protocolo experimental (PEBEPAT) busca cumplir con dos principios aparentemente opuestos: por un lado, buscar estandarizar al máximo la secuencia de cuidados y, por otro, adoptar toda la flexibilidad necesaria para adaptarse a cada paciente, en cada caso particular.

La contradicción es sólo aparente porque esto es lo que sucede todos los días en la práctica clínica y todo psicoterapeuta ya lo hace, incluso cuando no se dé cuenta. Al ser este ensayo clínico un estudio de efectividad, está dirigido a la vida real y no a condiciones ideales de laboratorio, como en los estudios de eficacia, razón por la cual su metodología debe adaptarse también a la que es utilizada en la vida real. La manera de conciliar estos objetivos aparentemente opuestos parece ser definir una progresión lógica (aunque no necesariamente cronológica) de estrategias terapéuticas (que incluyen las psicoeducativas), progresión ésta a la vez genérica y específica, que debe observarse a lo largo de las sesiones. Es decir, como no se podrá decir “en la 4ª sesión haga esto, en la 5ª haga aquello”, ya que lo que sería adecuado para un paciente puede no serlo para otro, el PEBEPAT adoptará:

1º) Una progresión genérica de procedimientos terapéuticos basada en la fundamentación teórica de este protocolo experimental (ver el Anexo 5 del texto completo del Proyecto de Pesquisa), con sucesivos objetivos a alcanzar para cada paciente.

2º) Una progresión específica de procedimientos terapéuticos, siempre adaptada a cada paciente y a su ritmo personal característico, para cada sesión consecutiva, dando margen al terapeuta para posponer o adelantar dichos procedimientos según la evolución del paciente, con vistas a optimizar los resultados.

En cuanto al contenido de estos procedimientos terapéuticos, para evitar una extensión irrazonable del texto de este protocolo, su presentación se realizará directamente, sin aportar la correspondiente base teórica en la EPAT, que se resume en el mencionado Anexo 5. Por el mismo motivo, No se presentarán, en el presente texto, las referencias bibliográficas de esta misma fundamentación que sustentan cada una de las adaptaciones traslacionales a la práctica clínica que se presentan a continuación.

Este nivel de detalle, por su desproporcionada extensión, haría inviable no sólo la redacción de este proyecto de investigación, sino también su lectura por parte de evaluadores y terapeutas y, por tanto, su implementación concreta. El autor de este proyecto de investigación permanece disponible, sin embargo, para aquellos que deseen aportar mayores aclaraciones sobre las bases teóricas de cada propuesta clínica que se presenta a continuación.

2.6 Contenido de la progresión lógica y genérica del PEBEPAT

El PEBEPAT debe tener en cuenta los siguientes pasos lógicos y genéricos, aplicados de forma sucesiva o alternada, dependiendo de la condición clínica de cada paciente:

1º) Después de los procedimientos de pré-atendimiento:

En primer lugar, es necesario tener presente una definición clara del diagnóstico del paciente, a través de la evaluación clínica y de los recursos psicométricos adoptados

en este protocolo (ver abajo), incluyendo, en la medida de lo posible, la etiopatogenia (cómo y por qué comenzó y se desarrolló la enfermedad actual del paciente), la estadificación actual y los pronósticos posibles, incluyendo la caracterización diagnóstica en términos aristotélico-tomistas, como se explica más adelante (ver 2ª sesión), para planificar adecuadamente el tratamiento.

2º) Establecimiento de una psicoeducación progresiva:

Esta psicoeducación pretende, en primer lugar, familiarizar al paciente con conceptos aristotélico-tomistas (siempre sin utilizar terminología aristotélico-tomista, por los motivos explicados anteriormente). En segundo lugar, pretende transformar los contenidos aprendidos en nuevos hábitos, como forma de implementar una transformación progresiva de viejos hábitos inadecuados y patogénicos en nuevos hábitos adecuados y saludables. Esta psicoeducación puede ser transversal, es decir, puede realizarse y/o reforzarse a lo largo de todas las sesiones, pero buscando instruir al paciente, según sus capacidades, en la medida de lo posible desde las sesiones terapéuticas iniciales.

Como el PEBEPAT tiene una duración aproximada de 26 semanas (seis meses), es recomendable abordar, en cada sesión psicoterapéutica, al menos dos puntos de los contenidos psicoeducativos que se presentarán a continuación, con miras a tenerlos todos explicados hasta el 3er mes de tratamiento, reforzándolos siempre hasta el final del tratamiento, especialmente aquellos más necesarios para el paciente. Dependiendo de la capacidad de comprensión de cada paciente, este contenido se puede ampliar a tres o más puntos en cada sesión, o incluso reducirlo a solo uno por sesión, cuando sea mayor la necesidad de fijar alguno de los puntos de la psicoeducación.

La secuencia de contenidos puede ser la misma que se presenta a continuación, o puede alternarse, dependiendo de las características de cada paciente. Por ejemplo, en aquellos donde hay manifestaciones de esquiva o evitación, se puede presentar el punto de la psicoeducación que trata de ellas tan pronto como el paciente sea capaz de comprenderlo. Asimismo, cuando existe un componente depresivo se puede anticipar el respectivo punto de la psicoeducación. El principio general es adaptar siempre el tratamiento al paciente y no al revés.

3) Contenido de la psicoeducación del PEBEPAT:

Debido a la extensión de este tópico y a las limitaciones editoriales de Interpsiquis, que no permiten más de 30 páginas para cada trabajo presentado, no será posible exhibir aquí todo el contenido de la psicoeducación basada en el PEBEPAT. Los interesados podrán, sin embargo, entrar en contacto con el autor para mayores informaciones sobre este particular.

4º) Implantación progresiva de estrategias terapéuticas genéricas de PEBEPAT:

Éstas estarán basadas en el enfoque aristotélico-tomista de la Psicología y podrán ser presentadas al paciente también de forma progresiva y adaptada a cada uno, y se pueden describir de la siguiente manera.

4º.1) Ya a partir de la sesión de evaluación, el terapeuta intentará ponerse en la situación del paciente para empatizar con él, es decir, intentar comprender e incluso sentir lo que él piensa y siente. Demostrar esa empatía, ganar confianza y despertar en el paciente la esperanza de una curación, lo que le ayudará a empezar a sentirse mejor desde el inicio del tratamiento, aumentando su adherencia. También desde el principio conviene mostrar al paciente que el objetivo de la terapia es ayudarlo a convertirse en su propio terapeuta, aprendiendo a aplicar en sí mismo los métodos, técnicas y seguimientos que le serán enseñados, incluso como estrategia de prevención de recaídas. En cuanto a estas últimas, dependiendo de cada paciente, lo mejor es acostumbrarlo desde el principio (o tras mejoras importantes, en el caso de los más pesimistas) con la idea de que se pueden esperar empeoramientos o incluso recaídas en este tipo de enfermedad y que lo importante es no dejarse impresionar por ellas, sino reiniciar el tratamiento o la autoterapia cada vez que ocurran. Para ello, conviene repetir esta idea de vez en cuando.

4º.2) Instruir al paciente para que adquiera un cuaderno para tomar notas o, dependiendo de su grado de inclusión digital, abra un archivo word (o equivalente) en una computadora para tomar notas en cada sesión. Estas notas serán sugeridas por el terapeuta, en colaboración con el paciente, en cada sesión y se le indicará al paciente que las relea al menos dos veces durante la semana (si es necesario, todos los días), así como las copie a un correo electrónico y las envíe a el terapeuta, quien los registrará en la historia digital de cada paciente. Las notas deben registrar todos los puntos importantes de cada sesión que se deben fijar para formar nuevos hábitos, desde puntos relacionados con la psicoeducación, pasando por nuevos objetivos, nuevas actividades ocupacionales y todos los demás elementos que se presentarán a continuación. También puede haber notas extra, si el paciente quiere hacerlas o el terapeuta las sugiere durante o entre sesiones. En conjunto, estas notas de sesión y notas adicionales se denominarán aquí notas de terapia. Conviene instruir al paciente a leer las notas de terapia (al menos las más recientes y/o más importantes) poco antes de cada nueva sesión y volver a leerlas junto al terapeuta al inicio de cada nueva sesión, como base para establecer la agenda de la nueva sesión, así como vigilar el cumplimiento de las prescripciones de sesiones anteriores.

4º.3) A partir de la 2ª sesión y siguientes, identificar, analizar y juzgar racional y colaborativamente con el paciente cada uno de sus síntomas, problemas, miedos e inquietudes para distinguir lo real de lo imaginario/emocional, así como lo que racionalmente es más adecuado hacer para resolver cada uno de ellos. Para ello, el terapeuta le ayudará a distinguir lo que es el resultado de pensamientos y análisis racionales de lo que son imaginaciones, recuerdos, emociones o instintos (o todos estos juntos) relacionados con estos síntomas, miedos e inquietudes. Se puede utilizar el método llamado socrático o mayéutico, es decir, preguntas que lleven al paciente a “descubrir por sí mismo” las soluciones para cada uno de los factores mencionados anteriormente, porque cuando alguien “descubre por sí mismo”, aunque sea inducido por otro, tiende a convencerse mejor que cuando aprende pasivamente. También enseñar y formar al paciente en la adquisición del hábito de la distancia psíquica: alejar voluntariamente las emociones, imaginaciones, recuerdos e instintos de los análisis (o juicios) racionales, para que estos no se vean influenciados negativamente por los primeros. En la práctica, esto se puede hacer, por ejemplo, imaginando lo que el paciente le diría a un amigo o familiar si estuviera en la situación problemática en la que se encuentra, o cómo se aconsejaría a sí mismo si estuviera fuera de la situación problemática actual, como, por ejemplo, si estuviera 10 años antes o después del momento problemático actual, o qué decisión le gustaría haber tomado ahora, cuando se encuentre

en un momento futuro importante. Acostumbrar al paciente a adoptar una actitud realista³ ante cada problema y su respectiva solución. Enseñar, siempre de forma colaborativa, a articular estos juicios para formular razonamientos que busquen soluciones concretas a estos factores y que se traduzcan en nuevos objetivos, nuevas actividades y nuevos hábitos.

4º.4) Estos objetivos, definidos colaborativamente, deben ser para largo plazo, así como para realización inmediata: para la sesión del día, para la semana, para el mes y como meta final. Y, de la misma manera, coherente con el objetivo o sentido de vida que el paciente se traiza (si no lo tiene, vale ayudarlo, siempre colaborativamente, a trazarlo). Estos objetivos deben traducirse, a su vez, en actividades ocupacionales concretas (definidas también de forma colaborativa) que redireccionen la atención del paciente hacia metas saludables y reales. Cuanto mayor sea la frecuencia y adecuación de estas actividades, más fácilmente se acostumbrará el paciente a mantener su atención centrada en la realidad concreta y alejada de factores ansiogénicos. Estas nuevas actividades deberán tender a convertirse en nuevos hábitos saludables. El tratamiento será más estable cuanto más estables sean estos hábitos.

4º.5) Cuando el cuadro clínico incluya manifestaciones de evitación patológica y/o evitación de factores ansiogénicos (como razonamientos, imaginaciones, recuerdos, emociones, hechos, personas, ambientes o situaciones), incluir la exposición gradual y progresiva del paciente a estos factores en la definición de sus nuevos objetivos. Es importante que esta exposición se gradúe de forma adaptada a cada paciente para no perjudicar la relación terapéutica, nunca proponiendo una exposición que provoque una reacción emocional (generalmente miedo y ansiedad) que pueda escapar a su control. Es una buena idea involucrar a familiares y amigos en esta estrategia de exposición, tanto para motivarlo como para aumentar su sensación de seguridad. Por ejemplo, para un profesor con picos de ansiedad a la hora de impartir clases, programar clases con grupos reducidos de personas, incluyendo, en primer lugar, sólo aquellas con las que el paciente se sienta completamente cómodo. Luego, aumentar el número de oyentes y personas menos conocidas por el paciente, para aumentar su tolerancia a la exposición, hasta llegar al punto de desempeño normal para cualquier docente.

4º.6) Cuando exista un componente depresivo en el cuadro clínico, orientar al paciente a centrar su atención en nuevos objetivos y actividades ocupacionales como una forma de ayudarlo a “olvidar” lo que motiva la tristeza, perturbación o angustia. Cuanto más intensas y absorbentes sean estas ocupaciones (sin causar estrés), más fácilmente el paciente tenderá a olvidar los factores causales de la depresión. Cuando estos motivos de tristeza sean reales y concretos, incluir estrategias y actividades en los nuevos objetivos para resolver de manera concreta estos factores que causan la depresión. En general, otras comorbilidades puramente psicológicas pueden gestionarse mediante técnicas de gobierno de la atención similares a éstas y adaptadas a los síntomas, es decir, a través de nuevos objetivos, soluciones y actividades como presentado arriba.

4º.7) Poner en práctica voluntaria y diariamente estos nuevos objetivos, soluciones de problemas y actividades ocupacionales, como forma de transformarlos en nuevos hábitos. Resaltar el papel de la adecuada persistencia, especialmente frente a los

³ El concepto de actitud realista aquí empleado está presentado en el ítem sobre la psicoeducación, infelizmente no exhibido en este trabajo por falta de espacio. Los interesados podrán contactar el autor para mayores informaciones.

obstáculos, y la eliminación de inadecuadas insistencias, en este proceso. Cuando el paciente no tiene suficiente fuerza de voluntad para ello, se puede recurrir a la ayuda de familiares y amigos del paciente que están dispuestos a actuar como agentes de apoyo en la terapia, “prestando” su fuerza de voluntad al paciente para ayudarlo a realizar las actividades prescritas.

4º.8) Enseñar y entrenar al paciente en el método genérico de resolución de problemas basado en EPAT. Inicialmente, aplicándolo junto con el paciente y, progresivamente, entrenándolo para que lo aplique él mismo. Es recomendable copiar el método (ver luego abajo) y enviarlo por correo electrónico al paciente, para facilitar su comprensión, fijación e implementación. Este método se puede resumir de la siguiente manera (recordando siempre la necesidad de adaptarse a cada caso):

- Identificar, definir y distinguir claramente el o los problemas, cuáles son imaginarios/memorativos/emocionales y cuáles reales, descartando los imaginarios/memorativos/emocionales y atendiendo a los reales, clasificándolos por orden de importancia y prioridad en la solución.
- Cuando el problema imaginario/memorativo/emocional fuere demasiado intenso para simplemente descartarlo, definir, en colaboración con el paciente, estrategias similares a las que se presentan a continuación, adaptándolas a cada caso.
- En este proceso, ya sea para problemas reales o imaginarios, emplear siempre la distancia psíquica entre imaginaciones, recuerdos y emociones, por un lado, y la razón y la voluntad, por el otro, así como la actitud realista delante de ellos.
- Como forma práctica de tomar distancia de las emociones/recuerdos/imaginaciones del momento, se puede imaginar lo que se aconsejaría a un amigo, familiar o a uno mismo dentro de “X” años como estrategias de solución, tanto para el problema identificado como real y solucionable, como para los imaginarios, y siempre según el orden de prioridad.
- Transformar cada uno de estos problemas en nuevos objetivos que conduzcan a una solución concreta de estos mismos problemas.
- Establecer objetivos inmediatos, mediatos y finales, coherentes con los objetivo(s) global(es) que dan sentido a la vida del paciente.
- Si el paciente no tiene objetivo(s) o sentido(s) para la vida, ayudarlo a definirlos, de manera colaborativa.
- Escribir la lista de obstáculos para cada nuevo objetivo.
- Predecir las hipótesis de evolución de cada problema, incluso la peor probable,⁴ y establecer cómo prepararse para ellas.
- Escribir la lista de posibles soluciones para cada obstáculo y para cada hipótesis, incluida la peor probable.

⁴ Nótese que no se trata de predecir la hipótesis peor posible, pues esta pocas veces se concretiza, pero la peor probable, es decir, la que, por su naturaleza, tiene mayor probabilidad de concretizarse.

- Determinar los pasos para cada solución.
- Escribir un cronograma concreto (día, semana, mes) para realizar cada paso.
- Centrar la atención en la realización de cada paso (hacer lo que se está haciendo, sin “pensar” en otras cosas).
- Incluir la colaboración de familiares y amigos cuando no exista, en el paciente, la suficiente fuerza de voluntad para realizarlas adecuadamente.
- Monitorear el cumplimiento del cronograma y cada paso del proceso de solución, tanto en las sesiones, como por sí mismo.
- Reevaluar el proceso de solución de problemas en base a esto monitoreo para corregir posibles errores.
- Al finalizar una etapa o alcanzar una meta preestablecida, establecer nuevos objetivos, metas, soluciones, pasos, cronogramas, seguimientos y reevaluaciones hasta llegar a las metas (objetivos) finales.

4º.9) Enseñar y capacitar al paciente en el método de gobierno de la atención basado en el EPAT (ver detalles más adelante en el ítem “3ª sesión y siguientes”, subítem “Recursos predominantemente ocupacionales”). Al principio, aplicándolo junto con el paciente para cada síntoma, problema, preocupación, etc., y, progresivamente, entrenándolo para que lo aplique por sí mismo. Este método consiste básicamente en ocupar la atención del paciente en actividades derivadas del método de resolución de problemas (ver el ítem 4º.8 arriba), como forma de desviar la atención de sus problemas, miedos, preocupaciones, etc. (reales o imaginarios), y fijarla productivamente en nuevos objetivos, actividades y hábitos (ver ejemplos concretos a continuación). Al mismo tiempo, concienciar al paciente de que estos métodos de resolución de problemas y de gobernar la atención son la forma más eficaz de gobernar también sus emociones e instintos, ya que, de por sí, estos últimos son más difíciles de controlar porque son irracionales.

4º.10) Finalmente, ayudar y entrenar al paciente para que se aplique a sí mismo, en el día a día, el método de resolución de problemas y de gobierno de la atención (incluido, por tanto, indirectamente, el gobierno de las emociones y de los instintos) y a automonitorear esta aplicación, sirviéndose de las notas de la terapia siempre que sea necesario, para modo a transformar en hábitos esta autoaplicación del método y este automonitoreo.

2.7 Progresión lógica específica del PEBEPAT

Al igual que ocurre con la progresión genérica de PEBEPAT, su progresión específica debe seguir una sucesión lógica, pero no necesariamente cronológica, para mantener su flexibilidad y adaptabilidad a cada paciente, sin perder en modo alguno la estandarización metodológica necesaria para mantener el control de la variable “método terapéutico” en el presente ensayo clínico. La progresión específica del PEBEPAT, es decir, aplicada a cada sesión en particular, deberá cumplir con los procedimientos que se presentan en los siguientes puntos.

3 Preatención

El primer contacto con el paciente deberá realizarse preferentemente por teléfono o medio de comunicación equivalente, pudiendo realizarse también por correo electrónico o plataforma digital. En este primer contacto se debe comenzar explicando brevemente el ensayo clínico, sus objetivos, métodos, riesgos y beneficios, tal como consta en el texto del Término de Consentimiento Libre e Informado (TCLE), además de darle una explicación general del TCLE, pudiendo leerlo junto con el paciente, si fuera necesario.

Si el paciente acepta verbalmente participar en el ensayo, el terapeuta se lo envía por correo electrónico o WhatsApp, durante el contacto previo al servicio (o posteriormente, por correo físico, si es necesario), el archivo word con el texto del TCLE, pidiéndole que lo lea (o relea) posteriormente y con atención, prometiendo que, si tiene dudas, serán debidamente aclaradas antes de que el paciente rellene y firme el TCLE. Para ello es necesario ofrecer el teléfono/WhatsApp del terapeuta para que el paciente pueda exponer sus dudas. Una vez rubricado y firmado, el TCLE impreso debe escanearse y guardarse, como un solo archivo, en formato PDF. Este archivo PDF y el TCLE original firmado por el paciente deben enviarse a la coordinación central de la investigación. El investigador voluntario también deberá conservar copias de ambos, archivándolas en lugares exclusivos para este estudio, atendiendo siempre a las normas de confidencialidad.

Además, durante el contacto previo al tratamiento, también se le pide al paciente que complete el archivo de Word de su Formulario de Registro de Admisiones (FCA) y envíe este archivo completo por correo electrónico, WhatsApp o, si es necesario, por correo físico al terapeuta, quien debe remitir copia del FCA a la coordinación central del estudio. Este llenado, el envío del FCA debe realizarse durante la preatención, ya que lo que se deja para después muchas veces termina olvidándose, además de ser una buena oportunidad para aclarar cualquier duda que tenga el paciente respecto al FCA. El archivo FCA puede permanecer en formato Word.

Cuando el paciente envíe (por correo electrónico, whatsapp o correo postal) el FCA y el TCLE debidamente rellenos y firmados, el terapeuta enviará el FCA y el TCLE a la coordinación central del ensayo clínico, que proporcionará la asignación aleatoria del paciente al grupo control (TCC) o al grupo experimental (PEBEPAT). Posteriormente, los terapeutas recibirán al paciente ya insertado en uno de los grupos, y podrán programar la primera sesión terapéutica. Vale la pena señalar que se trata todavía de una primera selección. Aunque el paciente ya ha sido incluido en uno de los grupos del ensayo, todavía no está incluido definitivamente en el estudio.

El proceso de selección solo se completará después de la primera sesión, cuando se intentará definir el diagnóstico de TAG en función de los criterios clínicos e instrumentos de evaluación adoptados en la investigación (ver más abajo).

4 Primera sesión:⁵ caracterización diagnóstica

En este primer atendimento, que como los demás siempre será a través de medios de telecomunicación, se presentará con más detalle al paciente el ensayo clínico, sus

⁵ Quizás haya autores que diferencien los términos “atendimento”, “entrevista”, “consulta” y “sesión”. Para evitar discusiones teóricas, adoptaremos en este protocolo el concepto básico que los une, de modo que puedan entenderse como sinónimos.

objetivos y métodos, incluyendo el por qué el paciente no sabe si forma parte del grupo de control o del experimental. Se le puede decir al paciente que lo es porque forma parte de la metodología del estudio y resulta ventajoso para él, ya que evita generar expectativas nocivas al paciente.

A continuación, el terapeuta realizará una anamnesis completa del paciente, utilizando la historia clínica digital estandarizada de este ensayo clínico, que incluirá el examen mental, antecedentes de la enfermedad actual, antecedentes personales y familiares (incluyendo posición en la descendencia), antecedentes farmacológicos, psicoterapéuticos, toxicológicos, sociales, laborales y demás información pertinente (que será indicada en la historia clínica estandarizada). Se debe prestar especial atención al registro de las ocupaciones, formación profesional y relaciones sociales actuales del paciente, con el fin de facilitar el diseño de estrategias terapéuticas de readaptación sociolaboral.

La anamnesis incluirá también una valoración de los acontecimientos concretos, metas y/u objetivos del paciente, tanto a corto como a largo plazo, su visión de los valores relacionados con estos acontecimientos y estas metas (incluida su visión del propósito de la vida), los miedos y preocupaciones normales y patológicos a que estos eventos, metas y valores dan lugar, las emociones, síntomas fisiológicos y juicios que el paciente forma sobre sí mismo asociados con estos miedos y preocupaciones.

El diagnóstico clínico de TAG debe realizarse en estricta conformidad con los criterios del DSM-5 TR. Si el terapeuta tiene dudas sobre si el paciente puede recibir este diagnóstico, le informará que se estudiará su caso para ver si puede o no ser incluido en el ensayo clínico y podrá suspender el servicio en este punto. Aun así, aplicará, durante la sesión, los instrumentos de evaluación adoptados en este estudio (STAI, DASS-21 y GAD-7, por sus siglas en inglés), y los remitirá, junto con copia de la historia clínica con el resultado de la anamnesis, todo en formato digital, para la coordinación de la investigación, que evaluará la inclusión o exclusión del paciente en el estudio.

Si el terapeuta tiene la certeza de que el paciente puede ser diagnosticado con TAG, le enviará, por correo electrónico, WhatsApp o equivalente y durante el atendimento, los instrumentos de evaluación adoptados en este estudio (STAI, DASS-21 y GAD-7), y explicará cómo deben completarse.

Deben llenarse tales instrumentos y devolverlos (siempre en formato digital) durante la primera consulta, también por correo electrónico, WhatsApp o equivalente, para permitir resolver dudas y garantizar que el paciente efectivamente las devuelve al terapeuta, así como para evitar que, si se dejan para más tarde, acaban cayendo en el olvido.

Tanto si el paciente ingresa inmediatamente en la investigación como si es derivado para valoración de la coordinación, una vez finalizada la sesión, el terapeuta enviará (por correo electrónico o equivalente) a la central de coordinación copia de la historia clínica con el diagnóstico del paciente, junto con las pruebas realizadas por él/ella en formato digital. Y la coordinación enviará las pruebas realizadas a los evaluadores de resultados para que emitan los informes respectivos.

Los evaluadores de resultados también recibirán una copia del Formulario de registro de admisión (FCA) para cada paciente que estén dispuestos a evaluar, de modo que puedan programar una llamada telefónica (o medio equivalente de teleservicio) para

brindarle al paciente la Escala de impresión clínica global, subescala gravedad (CGI-S, por su sigla en inglés) y consulte la lista de criterios DSM-5 TR para TAG (ver tabla a continuación), para caracterizar la condición del paciente al inicio del tratamiento.

Importante: sólo en la primera sesión se aplicará CGI-S; en el resto de evaluaciones (3º, 6º y 9º mes) se aplicará la CGI-I (subescala de mejora global).

Los evaluadores de resultados valorarán los resultados de los instrumentos de evaluación según los siguientes valores:

Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI):

0-19 puntos = nivel mínimo de ansiedad

20-30 puntos = bajo nivel de ansiedad

31-49 puntos = nivel medio de ansiedad

≥ 50 puntos = alto nivel de ansiedad

(Adaptado de BIAGGIO y NATALÍCIO, 1979).

Escala de Ansiedad, Depresión y Estrés (DASS-21):

Score Puntuación DEPRESIÓN ANSIEDAD ESTRÉS

(Niveles de gravedad):

Normal/Leve	<0,5	0-78	0-9	0-7	0-14
Mínimo	0,5-1,0	78-87	10-13	8-9	15-18
Moderado	1,0-2,0	87-95	14-20	10-14	19-25
Grave	2,0-3,0	95-98	21-27	15-19	26-33
Muy grave	> 3,0	98-100	28+	20+	34+

(Fuente: VIGNOLA; TUCCI, 2014, p. 20)

Cuestionario de detección de Tr. de Ansiedad Generalizada (GAD-7):

0-4 puntos = grado mínimo de ansiedad

5-9 puntos = ansiedad leve

10-14 puntos = ansiedad moderada

15-21 puntos = ansiedad severa

(Fuente: SPITZER et al., 2006)

Escala de impresión clínica global

Subescala de gravedad de la enfermedad (CGI-S)

1 = Normal, no enfermo

- 2 = Límite de enfermedad mental
- 3 = Ligeramente enfermo
- 4 = Moderadamente enfermo
- 5 = marcadamente enfermo
- 6 = Gravemente enfermo
- 7 = Enfermedad mental extremadamente grave

Subescala de Mejora Global (CGI-I)

- 1 = Mucho mejor
- 2 = Mejor
- 3 = Ligeramente mejor
- 4 = Sin cambios
- 5 = Ligeramente peor
- 6 = peor
- 7 = Mucho peor

(Adaptado de MANSÚ, 2010, p. 88)

Tabla con criterios DSM-5 TR para caracterizar el TAG

Síntomas	Sí	No
A. Ansiedad y preocupación excesivas (expectativa aprensiva), que ocurren la mayoría de los días durante al menos seis meses, con diversos eventos o actividades (como el desempeño escolar o laboral).	()	()
B. Al individuo le resulta difícil controlar la preocupación.	()	()
C. La ansiedad y la preocupación están asociadas con tres (o más) de los siguientes seis síntomas (y al menos algunos de ellos están presentes la mayoría de los días durante los últimos seis meses).	()	()
Nota: Solo se requiere uno de los artículos para niños.		
1. Inquietud o sensación de estar al límite.	()	()
2. Fatigabilidad.	()	()
3. Dificultad para concentrarse o sensaciones “en blanco” en la mente.	()	()
4. Irritabilidad.	()	()
5. Tensión muscular.	()	()
6. Alteración del sueño (dificultad para conciliar o permanecer dormido, o sueño insatisfactorio e inquieto).	()	()

D. La ansiedad, preocupación o síntomas físicos causan angustia o deterioro clínicamente significativo en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento de la vida del individuo.	()	()
E. La alteración no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., droga de abuso, medicamento) u otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo).	()	()
F. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., ansiedad o preocupación por tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, valoración negativa en el trastorno de ansiedad social, contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, separación de figuras de apego en la ansiedad por separación trastorno, recuerdos de eventos traumáticos en el trastorno de estrés postraumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, quejas físicas en el trastorno de síntomas somáticos, problemas de percepción de la apariencia en el trastorno dismórfico cuerpo, tener una enfermedad grave en enfermedad, trastorno de ansiedad o el contenido de creencias delirantes en esquizofrenia o trastorno delirante).	()	()

(Adaptado de LA ASOCIACIÓN PSIQUIÁTRICA AMERICANA, 2023, traducción nuestra, p. 250).

Luego, los evaluadores de resultados enviarán los informes de los pacientes que evaluaron por correo electrónico a la coordinación central de investigación. Si el diagnóstico clínico y psicométrico no encaja al paciente en el diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada, será excluido del ensayo clínico y será derivado al tratamiento que necesite. De aprobarse su inclusión, sus informes serán enviados a sus respectivos terapeutas, quienes los registrarán en sus registros digitales, y continuarán con la aplicación de los protocolos terapéuticos.

Es muy importante que los terapeutas busquen establecer, desde el inicio, un buen nivel de relación terapéutica y una adecuada empatía con el paciente, para que éste se sienta enteramente cómodo para adherirse, colaborar y continuar el tratamiento hasta el final del protocolo.

Para ello, es recomendable intentar aliviar sus síntomas desde el principio y siempre que sea posible, mediante una intervención breve y fácil de entender, o introduciendo una actividad ocupacional fácil de realizar (ver ejemplos a continuación), o promoviendo la esperanza de que sus síntomas disminuyan a medida que avance el tratamiento, manteniendo estas iniciativas de alivio sintomático a lo largo de sesiones posteriores, siempre que parezca oportuno.

Es importante recordar que nunca puede haber una mezcla de técnicas terapéuticas para no perjudicar la validez interna del estudio. Incluso si el investigador es especialista en un determinado método, prefiere tal o cual escuela, los pacientes del grupo de control solo podrán recibir la TCC (BECK, 2013, CLARK; BECK, 2012) y del grupo experimental el PEBEPAT.

5 Segunda sesión

En coherencia con la fundamentación teórica de cada grupo de participantes, en el grupo control, tratado con la TCC, se intentará identificar y registrar, en las notas de

cada sesión y en la historia clínica, los pensamientos automáticos del paciente, sus creencias intermedias y centrales, sus objetivos inmediatos y futuros, las preocupaciones, metapreocupaciones y emociones vinculadas a estos fenómenos, así como otros parámetros clínico-etiológicos que permitirán formular la conceptualización cognitiva del paciente (ver BECK, 2013, CLARK; BECK, 2012).

En el grupo experimental, tratado con el PEBEPAT, se intentará identificar qué potencia del ser humano, o conjunto de potencias, está o están predominando de forma nociva sobre el uso adecuado de la inteligencia y de la voluntad en la conducta del paciente, la intensidad y formas de este predominio.

Así, intentaremos identificar si se trata de la imaginación, la memoria, la potencia cogitativa (que es la que da origen a los instintos) o sus interacciones, así como sus respectivos actos relacionados generalmente con esta enfermedad, es decir, imaginaciones y recuerdos (fijos y/o repetitivos), dando lugar a preocupaciones, así como al instinto de conservación y sociabilidad, que puede estar en la raíz de miedos, preocupaciones, esquivas, evitaciones, aislamientos, etc.

También hay que buscar identificar las pasiones (o emociones) del apetito sensitivo que están siendo desencadenadas por la potencia cogitativa (aquella que identifica prerracionalmente lo que es perjudicial o útil para la persona), especialmente el miedo, la inseguridad y la aprehensión, como un componente emocional de la preocupación, así como los consiguientes síntomas y signos autonómicos, y en qué medida dichas emociones y síntomas perturbarán el libre ejercicio de la actividad racional y volitiva del paciente.

Asimismo, se debe tratar de identificar si existen hechos concretos, tanto internos (por ejemplo, enfermedades somáticas), como externos (por ejemplo, crisis financiera o conyugal) que estimulan los miedos y preocupaciones del paciente, hasta qué punto le causan perturbación, cómo el paciente reacciona ante cada uno de ellos, registrando siempre en su historia clínica para poder trazar estrategias de adaptación y solución a cada uno de estos factores desencadenantes.

Otro punto importante es intentar identificar cuáles son los acontecimientos, temas y problemas en los que el paciente centra su atención, cuál es el grado de esta fijación, cómo se relaciona esta fijación con sus miedos y preocupaciones, cuál es el grado de autoconciencia de esta fijación de la atención y el control que el paciente tiene de su atención.

Quizás aún más importante sea la identificación de los objetos de amor del paciente, así como sus intensidades y formas de manifestación (especialmente los apegos), dado que esta emoción (el amor) es la que desencadena todas las demás y, como resultado, de su dinamismo, atención e interacción entre ésta y aquellas. Este punto es importante para cualquier estrategia de gestión de las emociones del paciente, especialmente cuando las considera “fuera de control”.

Hace falta también evaluar el grado de coherencia con la realidad de estos temas y problemas que acaparan la atención del paciente, con miras a descubrir soluciones concretas para ellos, así como formas de presentarlas al paciente, además de sus reacciones, registrándolo todo en sus registros digitales. y notas de terapia (que permanecen con el paciente).

Es decir, en el PEBEPAT el terapeuta también buscará identificar y registrar en la historia clínica los pensamientos automáticos del paciente, sus creencias intermedias y centrales, sus objetivos inmediatos y futuros, sus preocupaciones y las emociones vinculadas, los desencadenantes de estas preocupaciones y emociones, como en la TCC, pero con una comprensión más profunda de la relación entre estos actos y hábitos y las potencias que les dan origen.

En algunos casos, en la segunda sesión puede ser demasiado pronto para comenzar la psicoeducación del paciente, es decir, la explicación clara y didáctica de la relación de todos los actos y hábitos patológicos del paciente con sus respectivas potencias e interacciones entre ellos. Sin embargo, se puede preparar al paciente para esto, diciéndole que hay una explicación para todo lo que está sintiendo y que esta explicación se dará durante todo el tratamiento, lo que puede tranquilizar al paciente y aumentar su confianza.

También es posible sugerir al paciente algunas actividades de la vida diaria que le ayuden a autoidentificar cada uno de los elementos psicopatogénicos mencionados anteriormente. Por ejemplo, pedirle que anote y traiga a las próximas sesiones las nuevas metas y/u objetivos que le surjan, los hechos, temas y problemas que más le preocupan en este momento, los acontecimientos y temas que le causan miedo, los temas en los cuales más fija su atención, los objetos y valores que más ama y/o están más apegados, para analizar, criticar y reevaluar cada uno de estos puntos en consultas posteriores.

Es importante recordar que estos análisis y reevaluaciones deben realizarse de forma gradual y colaborativa, ayudando al paciente a “descubrirlos”, para evitar resistencias y objeciones patológicas, incluidas las no expresadas, por parte del paciente. En términos generales, cuando alguien “descubre” algo (incluso si es inducido por otra persona), tiende a apropiarse de su “descubrimiento”. Y cuando recibe una opinión, interpretación o conclusión “ya hecha”, hecha por otra persona, tiende a formular objeciones y resistencias.

6 Tercera sesión y siguientes

Al igual que en el protocolo de la TCC (BECK, 2013, CLARK; BECK, 2012) en el cual, a partir de la tercera sesión, estas pasan a tener la misma estructura genérica, pero con contenidos psicoeducativos y terapéuticos progresivos adaptados a cada paciente, también en el PEBEPAT se adoptará la misma estructura de sesión genérica (ver arriba), pero siempre con contenido progresivo adaptado a cada paciente (ver este contenido arriba, en los ítems 2.5. y 2.6 de este protocolo) para las sesiones posteriores.

El proceso de identificación clínico-etiológico podrá extenderse a consultas posteriores, en ambos protocolos, hasta quedar satisfactoriamente establecido y debidamente registrado en las respectivas historias clínicas, de manera que la evolución del paciente pueda ser adecuadamente monitoreada por el terapeuta, retornando y comparando con los registros iniciales a lo largo de la evolución del paciente.

En consultas posteriores de los pacientes del grupo control, el terapeuta utilizará los recursos terapéuticos habituales de la TCC. En los pacientes del grupo experimental, el terapeuta empleará dos tipos de recursos terapéuticos basados en EPAT, a saber, los predominantemente intelectual-volitivos, que incluyen, pero no deben ser confundidos con la psicoeducación, y los predominantemente ocupacionales, que incluyen actividades prácticas que intervendrán en la conducta del paciente para incidir retroactiva y proactivamente en la reestructuración intelectual-volitiva con la que el paciente ve el

mundo, a sí mismo, sus problemas, sus miedos, sus preocupaciones, su enfermedad y su recuperación.

Haciendo un paralelo con la terminología de la TCC, los recursos intelectivo-volitivos pueden entenderse como el componente cognitivo de la terapia, los recursos ocupacionales como el componente conductual y la reestructuración intelectivo-volitiva como lo que la TCC llama reestructuración cognitiva.

Cómo no sería posible imponer el mismo *timing* y el mismo contenido de estas sesiones a todos los pacientes al mismo tiempo, so pena de perder la relación terapéutica y la efectividad terapéutica de los protocolos en algunos de ellos, ya que cada paciente presenta un cuadro clínico y características evolutivas que les son propias, tanto el *timing* como el contenido de cada sesión, a lo largo de todo el tratamiento, se adaptarán al estado clínico y a la evolución de cada paciente.

En general, se puede intentar presentar la secuencia de contenidos de las sesiones tal como aparece en los siguientes ítems, pero es recomendable dominar completamente ese mismo contenido para poder discernir claramente cuándo y cómo anticipar, retrasar o incluso intercalar. algunos de estos ítems dependiendo de las necesidades del paciente.

Para algunos de estos es posible comenzar con los recursos intelectivo-volitivos, pero más frecuentemente será necesario comenzar con los ocupacionales, porque, en general, su fuerza de voluntad y atención están debilitadas, acostumbradas a someterse a imaginaciones, recuerdos y emociones. Los recursos ocupacionales (o, más ampliamente, conductuales) tienen la ventaja de reactivar la fuerza de voluntad y el gobierno de la atención de la persona, ya que generalmente es más fácil centrar la atención sensorial espontánea en lo que se está haciendo, preparando al paciente para comprender y prestar mejor atención al contenido de las actividades intelectivo-volitivas (o recursos cognitivos). En cualquier caso, ambos tipos de recursos se complementarán a lo largo de la terapia, pudiendo incluso utilizarse de forma alternativa y concomitante, y se aplicarán de forma flexible para adaptarse a cada paciente.

A continuación, se presenta la descripción de estos recursos terapéuticos:

1º) Recursos predominantemente intelectivo-volitivos (o cognitivos):

- En general, consisten en profundizar y desarrollar la comprensión, así como transformar en nuevos hábitos los asuntos explicados en la psicoeducación (ver ítem 2.6 arriba).
- Exposición y profundización, clara y paulatina, de los fundamentos teóricos del EPAT al paciente, pero siempre sin mencionar nombres de autores ni términos técnicos y filosóficos que permitan al paciente identificar la técnica utilizada, empleando, para eso, una terminología cercana a el lenguaje común.
- Explicación paulatina del proceso psicopatológico por el cual el paciente va presentando el predominio de una o más potencias subordinadas sobre el libre funcionamiento de la inteligencia y la voluntad.
- Explicación y profundización de las diferencias entre pensamientos, por un lado, e imaginaciones, emociones, deseos y aprehensiones o preocupaciones, por otro, así como el papel de la potencia volitiva (fuerza de voluntad) cuando es clarificada por el intelecto. Del mismo modo, explicar la diferencia entre apetitos o deseos, por un lado, y actos de

voluntad libre y deliberada, por otro, siendo estos últimos producto de una potencia racional (el apetito racional o voluntad), y los primeros, productos de tendencias provocadas por los sentidos (apetitos sensitivos). En definitiva, explicar la importancia de que el paciente comprenda bien lo que le ocurre para facilitarle la toma de decisiones que podrían cambiar su vida y revertir sus síntomas.

- Explicación paulatina (y concomitante con ellas) de las alternativas conductuales para readquirir el control adecuado de la inteligencia y la voluntad sobre la imaginación, la memoria, la cogitativa y el apetito sensitivo (pero sin utilizar esta terminología), así como sobre sus respectivos actos (i.e., imaginación, memoria, instintos y emociones). Es decir, explicación y justificación de la introducción de nuevos objetivos, actividades, estrategias y ocupaciones que faciliten el olvido y/o la resolución de los miedos, preocupaciones, temas y problemas que provocan los síntomas del paciente.
- Explicación del papel del gobierno de la atención en este proceso de reajuste del control intelectual-volitivo.
- Explicación del papel del control de la preocupación, incluida la metapreocupación (preocupación con la preocupación), mediante la comprensión de la diferencia entre preocupación y ocupación (ver luego abajo) y de estrategias de ocupación progresivas apropiadas.
- Demostrar que la preocupación suele ir acompañada del miedo porque concierne al futuro, dando lugar a imaginaciones y recuerdos amenazantes, mientras que la ocupación, al estar ligada al presente, no deja mucho espacio para centrar la atención en imaginaciones y recuerdos, ya que la atención es enfocada en lo que está sucediendo en el momento o lo que sucederá dentro de un cronograma de pasos racionalmente establecidos.
- Reforzar, cuando sea necesario, la explicación de la diferencia etimológica y objetiva entre preocupación y ocupación, siendo la primera una ocupación anterior o desplazada en el tiempo y, por tanto, generalmente inadecuada, mientras que la ocupación, cuando es objetiva y adecuada, se caracteriza por ocurrir en el momento oportuno y volverse para soluciones concretas de los problemas, a través de pasos sucesivos.
- Hacer notar que, aunque algunos consideran positivas las preocupaciones dentro de ciertos límites, en cuanto motivan la solución de problemas, en realidad no son “pre-ocupaciones”, u ocupaciones antes del tiempo, sino, cuando son apropiadas y productivas, ocupaciones con etapas y fases sucesivas que incluyen una fase de planificación estratégica, seguida de sucesivos preparativos y de actividades concretas encaminadas a soluciones para cada problema. Ejemplificar con preparativos para una competición, un viaje o un nuevo trabajo.
- Explicación del papel de la emoción amor como raíz de todas las demás emociones y, en consecuencia, del papel del análisis racional de los amores y de los apegos del paciente para hacerlos adecuados y saludables, o reorientarlos cuando convenga.
- Explicar al paciente, progresiva y repetidamente, el papel de los hábitos en la configuración de la conducta, es decir, que los actos se convierten en hábitos a medida que se practican y que los hábitos se refuerzan con el tiempo. De ahí la necesidad de deshacerse de hábitos relacionados con la

ansiedad y la preocupación, así como la introducción de nuevos hábitos que le permitirán sanar.

2) Recursos predominantemente ocupacionales (o conductuales):

- Consultar los registros en las notas de sesión y en la historia clínica del paciente (y completarlos, si es necesario) sobre sus metas y/u objetivos, tanto inmediatos como futuros, sus ocupaciones actuales (apropiadas e inapropiadas), cuáles son sus problemas, sus preocupaciones y emociones asociadas, los eventos (internos y/o externos) que provocan miedos y preocupaciones, cómo los controla o se adapta a ellos, cuáles son los síntomas fisiológicos que acompañan a estas emociones y preocupaciones. Analizar, de forma racional y colaborativa con el paciente, cada uno de estos factores y enseñar progresivamente estrategias de control y readaptación ocupacional para cada uno de ellos (ver más abajo).
- Registrar en la historia clínica del paciente cada vez que existan cambios en los factores mencionados anteriormente, los contextos que los provocaron y la intensidad de cada uno de estos factores.
- Delinear de forma colaborativa nuevos objetivos para la vida del paciente, tanto inmediatos (para la sesión, para el día, para la semana, para el mes) como a largo plazo (por ejemplo, tomar un nuevo curso profesionalizante, buscar un nuevo trabajo, hacer nuevos amigos), emprender un programa de actividad física, adoptar una nueva dieta, emprender un programa de exposición progresiva a factores ansiogénicos, con o sin ayuda de familiares o amigos, etc. Estos objetivos deberán ser realistas, progresivos y plasmados en programas de ocupación, que estarán sujetos a seguimiento y readaptación, cuando sea necesario. Transformar en “tareas de casa” la realización de cada etapa del cronograma necesario para alcanzar los nuevos objetivos, monitorearlos durante las sesiones y enseñar al paciente a monitorearse a sí mismo.
- Analizar de forma colaborativa y progresiva cada acontecimiento, conflicto, problema, miedos y preocupaciones del paciente y ayudarle a encontrar soluciones y/o adaptaciones concretas para cada uno de esos factores que le preocupan o atemorizan, o buscar distracciones, resignaciones y reajustes adecuados cuando el problema no tiene solución (por ejemplo, despidos, muertes, amputaciones, incapacidades, etc.), o reevaluación y recuantificación realistas del problema (cuando son exageradas).
- Evaluar, cuantificar y calificar el papel de cada persona involucrada en situaciones concretas o imaginarias que causan preocupación y ansiedad en el paciente para establecer estrategias adaptativas adecuadas, como el entendimiento directo con personas que son fuentes o cofactores de conflictos, influencias indirectas sobre las mismas a través de compañeros de trabajo, amigos o familiares, establecimiento adecuado de nuevas interacciones sociales que sustituyan a las conflictivas, procedimientos prácticos para resolver dichos conflictos, que pueden ir desde la búsqueda de un nuevo empleo, de un nuevo curso de cualificación profesional, hasta la realización de procesos de conciliación, administrativos, judiciales, etc.

- Enseñar y aplicar, de forma adaptada a cada caso y a la evolución del cuadro clínico, el método de resolución de problemas basado en el EPAT (ver ítem 2.6 subítem 4º.8 arriba) con vistas a transformarlo en un nuevo hábito del paciente.
- Aplicar y acostumar al paciente a aplicárselas, siempre de forma colaborativa, las técnicas de gobierno de la atención, es decir, establecer cronogramas de ocupaciones concretas, objetiva y realistamente encaminadas a resolver los problemas reales e imaginarios que le preocupan, con el fin de centrar la atención en sucesivas etapas ocupacionales, y no sobre imaginaciones y recuerdos que generan miedos e inquietudes.
- Cuando hay metapreocupación (preocupación con la preocupación), adaptar el proceso de ocupación programada para resolver los problemas que producen las preocupaciones primarias, enfatizando cuánto ocuparse fuera de turno (por ejemplo, a la hora de dormir) con los problemas o con las La preocupaciones crónicas sólo las refuerza, en lugar de aliviarlas.
- Acostumar al paciente a registrar personalmente en las notas de sesión y en notas extras, si fuere el caso, sus actuales objetivos, problemas, miedos, preocupaciones, síntomas, etc., así como sus nuevos objetivos, sus nuevos horarios ocupacionales, sus nuevas estrategias de solución de los problemas, de controle de la preocupación y de los demás síntomas.
- Acostumbrarlo a reevaluar, revisando las notas de terapia y el cronograma de ocupación al final de cada día, cómo realizó o no realizó cada uno de estos ítems y, si no le causa ansiedad, estar atento a lo largo del día, en cada oportunidad para poner en práctica los nuevos objetivos y estrategias.
- Acostumbrarlo a tomar notas también de los puntos importantes de cada sesión (importantes tanto a criterio del terapeuta como del paciente), durante la misma sesión o, al menos, nada más finalizar la sesión.
- Acostumbrarlos a poner en práctica los puntos anotados, comprobar estas prácticas con el terapeuta en sesiones posteriores y autocontrolar este proceso de comprobación del cumplimiento de los puntos anotados, para poder hacerlo por sí solos en el futuro.
- Presentar propuestas concretas de ejercicios de gobierno de la atención, utilizando técnicas de terapia ocupacional adecuadas a cada caso, con el fin de fortalecer la fuerza de voluntad del paciente y transformar en hábitos tanto el gobierno de la atención como el control intelectual-volitivo sobre las demás potencias.
- Como ejemplos de estrategias para reajustar la gestión de la atención se pueden utilizar los siguientes: a) soluciones concretas a problemas reales e imaginarios que preocupan y asustan al paciente y sugerencias sobre formas de implementarlas. b) Readaptación educativa y laboral, lo más profesionalizante posible, readaptando al paciente para sus actividades profesionales habituales o introduciendo otras nuevas. c) Readaptación ocupacional también en actividades del llamado tercer sector, en las que el paciente se centra en ayudar a otras personas, con sus más diversas necesidades (visitas a hospitales, a personas necesitadas, a encarcelados, además de obtener empleo o capacitación productiva para desempleados, etc.). d) Intensificación de las ocupaciones domésticas o introducción de ocupaciones inicialmente más sencillas, como lavar el

coche familiar, mantener la propiedad, el jardín, la cocina, etc., mientras el paciente no sea capaz de realizar actividades más completas. e) Introducción o desarrollo de habilidades musicales, otras formas artísticas u otras actividades, especialmente aquellas que proporcionen la introducción en nuevos grupos sociales, cuando corresponda. f) Actividades físicas y dieta adecuadas a cada edad y condición clínica individual.

- Explicación del papel de la búsqueda de soluciones concretas a los problemas y del apego paradójico que puede tener el paciente a estos últimos, resistiéndose a las soluciones por el hábito de sentirse preocupado y/o temeroso, o por miedo irracional a que las soluciones generen nuevos problemas. Explicarle que una de las características de la ansiedad es el miedo a las cosas nuevas, aunque sean buenas, por lo que el paciente prefiere permanecer en el estado de ansiedad al que ya está acostumbrado.
- Explicación del papel de la motivación individual en estas técnicas de gobierno de la atención: cuanto más motivadora parezca la iniciativa ocupacional, mejor será. Lo ideal es encontrar actividades que entusiasmen al paciente, de manera que ocupen naturalmente su atención, llevándolo a olvidar los problemas y preocupaciones que antes lo acaparaban.
- Monitoreo de la implementación y de la progresión de estas actividades específicas de readecuación del gobierno de la atención. Para ello, sugerir al paciente que anote, en su vida diaria, los problemas y obstáculos que se presentan en la realización de estas actividades, así como todos y cada uno de los nuevos síntomas y preocupaciones que aparezcan, para abordar el asunto en la siguiente consulta (o sesión).
- Explicación progresiva de las bases teóricas (sin nombrar autores ni utilizar términos técnicos) de las mejoras sintomatológicas que presenta el paciente, mediante el uso de las prácticas ocupacionales propuestas anteriormente, con el fin de que el paciente sea cada vez más consciente del proceso por el cual enferma y del proceso por el cual se recupera.
- Cuando el paciente, a través de las medidas ocupacionales sugeridas anteriormente, haya mejorado sus síntomas, se inicia lo que se podría llamar la parte cognitiva del PEBEPAT, buscando ayudar al paciente a reconocer los puntos patogénicos incoherentes o poco coherentes con la realidad de sus concepciones, valores, motivos, objetivos, preocupaciones y/o actitudes hacia la vida y las otras personas. Por ejemplo, demostrar que el perfeccionismo sólo hará que él esté siempre ansioso y preocupado por la opinión de los demás, ayudándole a encontrar un punto de equilibrio en este particular, así como en todos los demás factores que condicionan sus síntomas. O demostrar que ciertos valores no son objetivamente realistas, por ejemplo, llegar a ser director general de la empresa para la que trabaja cuando tiene las habilidades y la formación solo para ser mecanógrafo, que el propósito de la vida no es “ser director”. sino desempeñarse bien en aquello para lo que realmente está capacitado.
- Entrenar progresivamente al paciente para que aprenda a monitorear por sí mismo el gobierno la atención, sus emociones y preocupaciones, a partir de notas de la terapia y de los cronogramas de ocupación, así como el

adecuado gobierno de la inteligencia y de la voluntad sobre las demás potencias, con el fin de conducirlo a un grado cada vez mayor de independencia y funcionalidad.

r

7 Sesión de mitad del tratamiento

Tres meses después del inicio del tratamiento, cada paciente tendrá un registro especial, en su historia clínica, de su estado clínico en ese momento. Los terapeutas volverán a proporcionar a los pacientes los formularios de STAI, DASS-21 y GAD-7, pidiéndoles que los completen y los envíen por correo electrónico, WhatsApp o equivalente. Una vez finalizadas, los terapeutas remitirán estas pruebas por correo electrónico a la coordinación central, quien las transmitirá a los evaluadores de resultados. Estos últimos también realizarán una entrevista telefónica para medir la CGI-I (subescala de mejora) y comprobar la lista de criterios DSM-5 TR para TAG y devolverlos, con sus respectivos informes, a la coordinación central.

En función de estos registros y resultados se reorientará el tratamiento (si es necesario) con vistas a identificar y corregir deficiencias, con la consiguiente optimización de la técnica utilizada para cada grupo.

Esta etapa intermedia del tratamiento será de especial importancia para la evaluación final de los resultados finales (a los seis meses), considerando que, para casos leves y algunos moderados de ansiedad, tres meses de cualquiera de las técnicas utilizadas deberían ser suficientes para reducir los síntomas y establecer una mejoría clínica significativa.

8 Sesiones de la segunda mitad del tratamiento.

El objetivo de la segunda mitad del tratamiento basado en el PEBEPAT es estabilizar la mejoría clínica del paciente, ayudarlo a adquirir la capacidad de autocontrolar esta estabilidad y prevenir recaídas. Para lograrlo, es necesario profundizar progresivamente en la psicoeducación del paciente para que pueda comprender cada vez más, basándose en los fundamentos teóricos del EPAT, siempre sin mencionar autores y términos técnicos, el proceso por el cual se establece el TAG, cómo este proceso provoca los síntomas y cómo proceder, partiendo de la misma fundamentación, para revertir este proceso y controlar los síntomas, especialmente los emocionales y la preocupación.

Desde un punto de vista práctico, la estructura de las sesiones seguirá siendo la misma y en su contenido se desarrollarán y profundizarán los temas de psicoeducación y estrategias terapéuticas, adaptando siempre a las características individuales y específicas de cada paciente y a la evolución de sus síntomas.

9 Preparación para el alta, prevención de recaídas y formación en autoterapia

Las estrategias de preparación al alta y prevención de recaídas serán, en general, adaptaciones de las estrategias terapéuticas descritas anteriormente para cada caso particular, para lo cual serán de especial utilidad los registros o notas personales de terapia, a los que el paciente podrá recurrir siempre que sea necesario.

Si bien, como ya se ha comentado, desde el inicio de la terapia se debe ir preparando progresivamente al paciente para el alta, el final de la terapia será objeto de

mayor atención a partir de la cuarta o quinta sesión anterior a la última. En ellas, más que en las anteriores, conviene reforzar la psicoeducación, especialmente en los puntos que más necesita el paciente, tanto de forma explícita y directa, como indirectamente a través de preguntas que se formularán para valorar cómo y cuánto aprendió el paciente este o aquel otro punto, aclarando y reforzando cuando sea necesario.

Asimismo, se deben reforzar las técnicas terapéuticas utilizadas, en particular las de gobierno de la atención, a través de la ocupación, el método de resolución de problemas y el automonitoreo (ver arriba). Este refuerzo se puede hacer ya sea a través de la exposición directa a un determinado método, o de manera indirecta, por ejemplo, preguntando al paciente “y si ocurre tal problema así, ¿qué harás?”.

Se puede recomendar que el paciente vuelva a leer todas las notas personales de terapia antes de asistir a la sesión, a partir de la quinta o sexta sesión anterior a la última, para sacar a relucir, cada vez, las dudas, inseguridades o preocupaciones que le queden. como forma de facilitar la orientación de este refuerzo de la psicoeducación y de los métodos terapéuticos.

Como se mencionó anteriormente, todo el tratamiento debe tener como objetivo ayudar al paciente a convertirse en su propio terapeuta. Naturalmente, no todo el mundo será 100% capaz de hacerlo, especialmente después de sólo seis meses de tratamiento, pero la terapia debería prepararle, al menos, para tender a ello.

Sin embargo, el terapeuta siempre buscará animar al paciente en el sentido de que él sea capaz de hacerlo, de alguna manera y en cierto grado, para promover su confianza en sí mismo. Especialmente para los pacientes que realmente son menos capaces, vale aclarar que, aunque no fueran 100% capaces de ser su propio terapeuta, cualquier valor por encima del 0% ya es positivo, ya es un buen comienzo.

Para posibilitar esta capacitación, es necesario entrenar al paciente en sesiones de autoterapia simuladas, especialmente en las últimas cuatro o cinco sesiones del tratamiento. Para ello, se puede proponer una situación de exposición imaginaria en la que el paciente probablemente reaccionaría con síntomas de TAG y preguntarle cómo reaccionaría. Probablemente él cometerá errores que serán debidamente resaltados y corregidos, siempre de forma colaborativa. En la primera autoterapia simulada, al corregir errores y después de que el paciente haya hecho su propio esfuerzo de autoterapia simulada, se pueden esbozar y reforzar los siguientes pasos de la autoterapia, que son una adaptación del método genérico de terapia basado en el PEBEPAT (ver arriba, punto 2.4.2 de este protocolo), transmitiéndolos por escrito al paciente (siempre adaptados a cada caso concreto):

- Identificar claramente y escribir una lista de síntomas que indiquen una recaída.
- Anotar las características de cada uno de estos síntomas y sus respectivas causas.
- Evaluar (y anotar) cuánto hay de objetivo y racional en cada uno de estos síntomas y de estas causas y cuánto de emocional, imaginario, memorativo y/o instintivo en ellos.

- Identificar y anotar claramente las causas no racionales para distanciarse voluntariamente de ellas lo máximo posible, centrando su atención en resolver causas objetivas y racionales.
- Identificar y anotar causas o problemas objetivos y racionales y transformarlos en nuevos objetivos de solución.
- Aplicar el método de resolución de problemas (ver ítem 2.6 punto 4.8 arriba) y elaborar un cronograma escrito de ocupaciones para tal fin.
- Establecer cómo gobernar la atención e, indirectamente, las emociones, la imaginación, los recuerdos y los instintos, mediante el diligente cumplimiento del cronograma establecido.
- Establecer cómo hacer el automonitoreo de los dos últimos puntos anotando los objetivos, pasos y resultados. Se puede sugerir al paciente una tabla u hoja de cálculo para este fin.
- Pedir ayuda a amigos y familiares cuando no haya suficiente motivación y fuerza de voluntad en el paciente para cumplir con el cronograma.
- Reorientar el método de resolución de problemas y el gobierno de la atención (ver arriba) cada vez que el automonitoreo identifique puntos a corregir.
- Reforzar los puntos de la psicoeducación aprendidos durante la terapia aplicándolos a las causas, efectos y circunstancias de la recaída, y anotarlos, junto con otras notas de terapia, para recordarlos mejor cuando sea necesario.

Es importante recordar al paciente, con una frecuencia adaptada a cada caso y, especialmente, en las últimas sesiones, que es posible que tras el alta empeore o incluso recaiga, sobre todo en periodos de mayor estrés, y que la mejor forma de prevenirlo es realizar sesiones periódicas de autoterapia preventiva después del alta, incluso cuando no haya síntomas que tratar.

El contenido de estas sesiones de autoterapia preventiva podrá ser el mismo que el de las simulaciones de autoterapia realizadas en las últimas sesiones de este protocolo, utilizando el esquema presentado para las mismas (ver arriba) o su adecuada adaptación. El objeto de estas autoterapias preventivas pueden ser los síntomas residuales del TAG, que pueden permanecer después del alta, o incluso la simulación de situaciones potenciales, incluida la predicción de los peores escenarios probables para problemas reales que persisten o pueden aparecer.

Estas sesiones de autoterapia preventiva podrán ser semanales, durante los primeros meses tras el alta, mensuales, transcurrido un tiempo, y semestrales tras otro periodo de tiempo. Cada paciente tendrá un número de meses ideal para cada frecuencia de autoterapia preventiva, correspondiendo al terapeuta proponer esta frecuencia en función del cuadro clínico inicial y su evolución.

Naturalmente, cuando hay recaídas clínicas evidentes, dichas sesiones de autoterapia serán más realistas y necesarias. Para minimizar el miedo y la preocupación que puede afectar al paciente ante estas recaídas reales, es recomendable mostrarle sus aspectos positivos, como, por ejemplo, la oportunidad de entrenarse y mejorar su autoterapia en condiciones realistas, como sucede con un piloto de línea aérea que realiza

sus primeros vuelos en solitario, aumentando progresivamente su independencia y autosuficiencia en la autorregulación mental.

También es importante, para tranquilizar al paciente ante estas posibles recaídas reales, asegurarle que el terapeuta seguirá estando a su disposición, si lo desea, para algunas sesiones terapéuticas, tantas como sean necesarias, aunque ya no dentro del ámbito del presente estudio clínico. Es importante dejar muy claro este último punto para evitar que el paciente entienda que la participación en el estudio le daría derecho a un tratamiento gratuito de por vida.

Se incentivará a los terapeutas a discutir los respectivos casos clínicos, de ambos grupos, entre ellos y con el coordinador de la investigación, ya sea durante el período de aplicación de los protocolos, o en aquellos casos que presenten recaídas, tanto para adaptar las técnicas terapéuticas que utilicen, como, especialmente, para la evaluación y manejo de los casos clínicos más difíciles y/o resistentes.

10 Conclusión de los protocolos terapéuticos.

Transcurridos seis meses de tratamiento, se realizará una sesión o entrevista final de refuerzo terapéutico y de evaluación, basada en un examen mental y evolutivo, así como el envío de los formularios STAI, DASS-21 y GAD-7 a los pacientes (vía correo electrónico, WhatsApp o equivalente) para ser cumplimentados por ellos, devueltos a los terapeutas (preferiblemente ya durante la sesión, para evitar que, si se dejan para más tarde, acaben en el olvido) y enviados, por los terapeutas para la coordinación central.

Éste los trasladará a los evaluadores de resultados para que, tras realizar un teleatendimiento de aplicación de la escala CGI-I (subescala de mejora) y comprobar el listado de criterios DSM-5 TR para TAG, puedan emitir un informe de finalización de protocolos terapéuticos, remitiéndolos de nuevo a la coordinación central.

Este proceso debe repetirse en el noveno mes de iniciado ambos protocolos, para evaluar la durabilidad de los efectos del tratamiento en cada grupo. Todo debe quedar debidamente registrado en la historia clínica de los pacientes para la posterior evaluación de los resultados de la investigación.

Desde el inicio de los tratamientos, se debe enviar al coordinador del ensayo clínico una copia (digital) de la historia clínica de cada paciente, incluidos los informes de las pruebas, siendo actualizada y reenviada en cada nueva sesión, para que el coordinador pueda remitirlos al tratamiento estadístico cuando de la conclusión de los protocolos terapéuticos. Con el análisis estadístico de los resultados en mano, el coordinador del estudio deberá elaborar el informe final de investigación.

Si existen condiciones prácticas y de conveniencia para evaluaciones posteriores al final del estudio, los pacientes participantes podrán ser invitados a nuevas sesiones, periódicas o no, como estrategia para evaluar y comparar la durabilidad de los efectos de los tratamientos recibidos en cada brazo del estudio, lo que puede permitir la obtención de evidencias para futuras investigaciones.

Referencias

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR*. 5. ed. rev. Tradução Daniel Vieira, Marcos V. Cardoso, Sandra Maria M. da Rosa. Rev. técnica José Alexandre de S. Crippa, Flávia de L. Osório, José D. R. de Souza. Porto Alegre: Artmed, 2023.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5 TR)*. 5. ed., text revision. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2022.

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. *Professional Practice Guidelines for Evidence-Based Psychological Practice in Health Care*. Washington, DC: American Psychological Association, 2021. Disponível em: <https://www.apa.org/about/policy/evidence-based-psychological-practice-health-care.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2023.

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. Criteria for evaluating treatment guidelines. *American Psychologist*, v. 57, n. 12, p. 1052–1059, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/0003-066X.57.12.1052>. Acesso em: 24 abr. 2023.

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION – APA TASK FORCE ON PSYCHOLOGICAL ASSESSMENT AND EVALUATION GUIDELINES. *APA Guidelines for Psychological Assessment and Evaluation*. Washington, DC: American Psychological Association, 2020. Disponível em: <https://www.apa.org/about/policy/guidelines-psychological-assessment-evaluation.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2023.

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION – TASK FORCE ON PSYCHOLOGICAL INTERVENTION GUIDELINES. *Template for developing guidelines: interventions for mental disorders and psychosocial aspects of physical disorders*. Albany, NY: American Psychological Association, 1995.

ANDRADE, Laura Helena S. Guerra de et al. Psychometric properties of the Portuguese version of the State-Trait Anxiety Inventory applied to college students: factor analysis and relation to the Beck depression Inventory. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*. v. 34, n. 3, p. 367-374, 2001. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-879X2001000300011>.

APÓSTOLO, João Luís Alves; MENDES, Aida Cruz; AZEREDO, Zaida Aguiar. Adaptation to Portuguese of the Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS). *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [online], v. 14, n. 6, p. 863-871, 2006. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692006000600006>.

BECK, Judith S. *Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática*. 2. Ed. Tradução Sandra Mallmann da Rosa, revisão técnica Paulo Knapp e Elisabeth Meyer. Porto Alegre: Artmed, 2013.

BIAGGIO, Ângela. M. B.; NATALÍCIO, Luiz. *Manual para o Inventário de Ansiedade Traço-Estado* (IDATE). Rio de Janeiro: Centro Editor de Psicologia Aplicada-CEPA, 1979.

BIELING, Peter J.; ANTONY, Martin M.; SWINSON, Richard P. The State--Trait Anxiety Inventory, Trait version: structure and content re-examined. *Behaviour Research and Therapy*, v. 36, n. 7–8, p. 777-788, 1998. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(98\)00023-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(98)00023-0).

BORINE, Monica Silvia. Ansiedade, neuroticismo e suporte familiar: Evidência de validade do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE). 2011. 112f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Programa de Pós-graduação Strictu Sensu em Psicologia, Universidade São Francisco, Itatiba, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. *Guia de elaboração de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas: delimitação do escopo* [recurso eletrônico]. 2. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_elaboracao_protocolos_delimitacao_escopo_2ed.pdf. Acesso em: 19 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas: volume 3*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_clinicos_diretrizes_terapeuticas_v3.pdf. Acesso em: 22 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. *Diretrizes metodológicas: Sistema GRADE – Manual de graduação da qualidade da evidência e força de recomendação para tomada de decisão em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_metodologicas_sistema_grade.pdf. Acesso em: 20 abr. 2023.

BROWN, Timothy. A. et al. Psychometric properties of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) in clinical samples. *Behaviour Research and Therapy*, v. 35, n 1, p. 79-89, 1997. DOI: 10.1016/S0005-7967(96)00068-X.

BUSNER, Joan; TARGUM, Steven D. The Clinical Global Impressions Scale. *Psychiatry* (Edgmont), v. 4, n 7, p. 28–37, 2007. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2880930/>. Acesso em : 23 jan. 2024.

CAVALCANTI NETO, Lamartine de Hollanda. Proyecto de ensayo clínico controlado para evaluación de la efectividad terapéutica del enfoque psicológico aristotélico-tomista. In: CONGRESO VIRTUAL INTERNACIONAL DE PSIQUIATRÍA, PSICOLOGÍA Y SALUD MENTAL – INTERPSIQUIS, 25, maio 2024. Disponível em: <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/proyecto-de-ensayo-clinico-controlado-para->

[evaluacion-de-la-efectividad-terapeutica-del-enfoque-psicologico-aristotelico-tomista](#). Acesso em: 31 jul. 2024.

CAVALCANTI NETO, Lamartine de Hollanda. *Proposta de protocolo terapêutico para a ansiedade generalizada sob o enfoque Tomista*. In: 1º CONGRESSO ARISTOTÉLICO-TOMISTA DE PSICOLOGIA, 1, maio 2023. Disponível em: <https://institutodeanima.com.br/1º-congresso-aristotelico-tomista-de-psicologia-2/>. Acesso em: 11 dez. 2023.

CHAN, An-Wen et al. SPIRIT 2013 Explanation and Elaboration: Guidance for protocols of clinical trials. *BMJ Clinical Research*, v. 346(jan08 15):e7586, Jan. 2013. DOI: 10.1136/bmj.e7586. Disponível em : [https://www.researchgate.net/publication/234099538 SPIRIT 2013 Explanation and Elaboration Guidance for protocols of clinical trials](https://www.researchgate.net/publication/234099538_SPIRIT_2013_Explanation_and_Elaboration_Guidance_for_protocols_of_clinical_trials). Acesso em 22 abr. 2023.

CLARK, David A.; BECK, Aaron T. *Terapia Cognitiva para Transtornos de Ansiedade: Guia do Terapeuta*. Tradução Maria Cristina Monteiro. Porto Alegre: Artmed, 2012.

CONTRERAS-MENDOZA, Ida; OLIVAS-UGARTE, Lincol O.; DE LA CRUZ-VALDIVIANO, Carlos. Escalas abreviadas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21): validez, fiabilidad y equidad en adolescentes peruanos. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, v. 8, n. 1, p. 24-30, 2021. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7802645>. Acesso em: 21 jan. 2024.

DAZA, Patricia et al. The Depression Anxiety Stress Scale-21: Spanish Translation and Validation with a Hispanic Sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, v. 24, n. 3, p. 195-205, 2002. DOI: <https://doi.org/10.1023/A:1016014818163>.

DREYER, Zonica; HENN, Carolina; HILL, Carin. Validation of the Depression Anxiety Stress Scale-21 (DASS-21) in a non-clinical sample of South African working adults. *Journal of Psychology in Africa*, v. 29, n. 4, p. 346-353, 2019. DOI: 10.1080/14330237.2019.1647499.

ESPAÑA, MINISTERIO DE SANIDAD; GRUPO DE TRABAJO DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA EN ATENCIÓN PRIMARIA. *Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada en Atención Primaria*. Santa Cruz de Tenerife: Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud, Guías de Práctica Clínica en el SNS, 2024.

FIORAVANTI, Ana Carolina M. Avaliação da estrutura fatorial da Escala de Ansiedade-Traço do IDATE. *Avaliação Psicológica*, v. 5, n. 2, p. 217-224, 2006. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712006000200011. Acesso em: 19 jan. 2024.

FIORAVANTI-BASTOS, Ana Carolina M.; CHENIAUX, Elie; LANDEIRA-FERNANDEZ, Jesus. Development and Validation of a Short-Form Version

of the Brazilian State-Trait Anxiety Inventory. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 24, n. 3, p. 485-494, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/prc/a/jmG3TrJSP7XXyhtHzhrsCRc/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 20 jan. 2024.

GONÇALVES; André P.; ZUANAZZI, Ana Carolina; SALVADOR, Ana Paula; JALOTO, Alexandre. Evidências de validade para Generalized Anxiety Disorder 7-Item (GAD-7). *Revista Psicologia e Saúde*, v. 15, n. 1, e15101743, 2023. DOI: <https://doi.org/10.20435/pssa.v15i1.1743>

GUY, William; BONATO, Roland. Clinical Global Impressions. In: GUY, William. BONATO, Roland (Eds.). *Manual for the ECDEU Assessment Battery*. 2. ed. Rockville (MD): National Institute of Mental Health, 1970.

KAIPPER, Márcia Balle. *Avaliação do inventário de ansiedade traço-estado (IDATE) através da análise de Rasch*. 2008. 138 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

KNOWLES, Kelly; OLANTUNJI, Bunmi. Specificity of trait anxiety in anxiety and depression: Meta-analysis of the State-Trait Anxiety Inventory. *Clinical Psychology Review*, v. 82, 101928, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101928>.

KVAAL, Kari et al. The Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI): the state scale in detecting mental disorders in geriatric patients. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, v. 20, p. 629–634, 2005. DOI: 10.1002/gps.1330.

LEITE, Michelle de F.; FARO, André. Evidências de Validade da GAD-7 em Adolescentes Brasileiros. *Psico-USF*, v. 27, n. 2, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-82712022270211>.

LOVIBOND, Sydney Harold, LOVIBOND, Peter F. *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales*. 4. ed. Sydney: Psychology Foundation of Australia, 2004.

MARTINS, Bianca Gonzalez et al. Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse: propriedades psicométricas e prevalência das afetividades. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* [online], v. 68, n. 1, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000222>.

MANSÚ, Carlos Gustavo S. *Tratamento do transtorno obsessivo-compulsivo resistente com estimulação magnética transcraniana de repetição (EMTr): um estudo duplo-cego controlado*. 2010. 147f. Tese (Doutorado em Ciências) – Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5142/tde-27082010-174840/publico/CarlosGustavoSardinhaMansu.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2024.

MORENO, André Luiz et al. Factor structure, reliability, and item parameters of the brazilian-portuguese version of the GAD-7 questionnaire. *Trends in Psychology/Temas em Psicologia*, v. 24, n. 1, p. 367-376, mar. 2016. DOI:

<http://dx.doi.org/10.9788/TP2016.1-25>. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2016000100019&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 14 dez. 2023.

NATIONAL CENTER FOR COMPLEMENTARY AND INTEGRATIVE HEALTH. *Clinical Intervention Study Protocol Template*. Bethesda (Ma): National Center for Complementary and Integrative Health, 2012. Disponível em: https://files.nccih.nih.gov/s3fs-public/CR-Toolbox/ProtocolTemplate_NCCIH_07-17-2015.docx. Acesso em: 24 abr. 2023.

QASEEM, Amir et al. Guidelines International Network: toward international standards for clinical practice guidelines. *Annals of Internal Medicine*, v. 156, n. 7, p. 525-531, 3 abr. 2012. DOI: 10.7326/0003-4819-156-7-201204030-00009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22473437/>. Acesso em: 19 abr. 2023.

SIRKECI, Özgür et al. Evaluation of state and trait anxiety levels in patients waiting for endoscopic procedure during the COVID-19 period. *Medical Science and Discovery*, v. 10, n. 2, p. 41-44, 2023. DOI: <https://doi.org/10.36472/msd.v10i2.863>.

SPIELBERGER, Charles. D. *State-Trait Anxiety Inventory: a comprehensive bibliography*. Palo Alto (CA): Consulting Psychologists Press, 1989.

SPIELBERGER, Charles. D.; GORSUCH, Richard L.; LUSHENE, Robert E. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto (CA): Consulting Psychologist Press, 1970.

SPITZER, Robert L.; KROENKE, Kurt; WILLIAMS, Janet B. W.; LÖWE, Bernd. A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, v. 166, n. 10, p. 1092–1097, 2006. DOI:10.1001/archinte.166.10.1092.

THOMAS, Christopher L.; CASSADY, Jerrell C. Validation of the State Version of the State-Trait Anxiety Inventory in a University Sample. *Sage open*, v. 11, n. 3, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1177/21582440211031900>.

UNIVERSITY OF CALIFORNIA – SAN FRANCISCO. *Behavioral Research Protocol Template*. San Francisco: University of California, 2021. Disponível em: <https://cancer.ucsf.edu/clinical-research/forms#:~:text=Note%20to%20file-Protocol%20Templates,-Phase%20I%20Protocol>. Acesso em: 22 abr. 2023.

UNIVERSITY OF CALIFORNIA – SAN FRANCISCO. *Protocol Template*. San Francisco: University of California, 2015. Disponível em: <https://hub.ucsf.edu/protocol-development>. Acesso em: 22 abr. 2023.

VAN DER BIJ, Akke K. et al. Validation of the Dutch short form of the state scale of the Spielberger State-Trait Anxiety Inventory: Considerations for usage in screening outcomes. *Community Genetics*, v. 6, n. 2, p. 84-87, 2003. DOI: 10.1159/000073003.

VIGNOLA, Rose C. *Escala de depressão, ansiedade e estresse (DASS): adaptação e validação para o português do Brasil*. 2013. 72f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade federal de São Paulo, São Paulo, 2013. Disponível em:

<https://repositorio.unifesp.br/bitstream/handle/11600/48328/dissertac%cc%a7a%cc%83o%20Rose%20sem%20anexos.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 19 jan. 2024.

VIGNOLA, Rose C.; TUCCI, Adriana M. Adaptation and validation of the depression, anxiety and stress scale (DASS) to Brazilian Portuguese. *Journal of Affective Disorders*, v. 155, p. 104-109, 2014. DOI: 10.1016/j.jad.2013.10.031.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-11)*. Geneva: World Health Organization, 2022. Disponível em: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/1712535455>. Acesso em: 8 maio. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *WHO Handbook for Guideline development*. 2. ed. [s.l.: s.n.], 2014. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/145714>. Acesso em: 19 abr. 2023.