

Intervenciones Cognitivo- Conductuales para la Ansiedad: Estrategias Eficaces en la Práctica Clínica

Dr. Jonathan Martínez Líbano
Doctor en Psicología Clínica y de la Salud
Terapeuta Cognitivo Conductual
Jonathan@adipa.cl

Objetivos de Hoy!

- Introducción a la Ansiedad

- Trastornos de Ansiedad

- Modalidades de Tratamiento

- Medición de la Ansiedad

- Tratamientos Efectivos Ansiedad

- Recomendaciones.

- Invitaciones finales



Introducción Ansiedad



La ansiedad es una de las emociones humanas básicas que contiene en si misma aspectos normales y patológicos del ser humano.



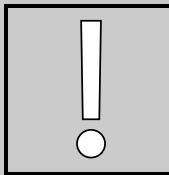
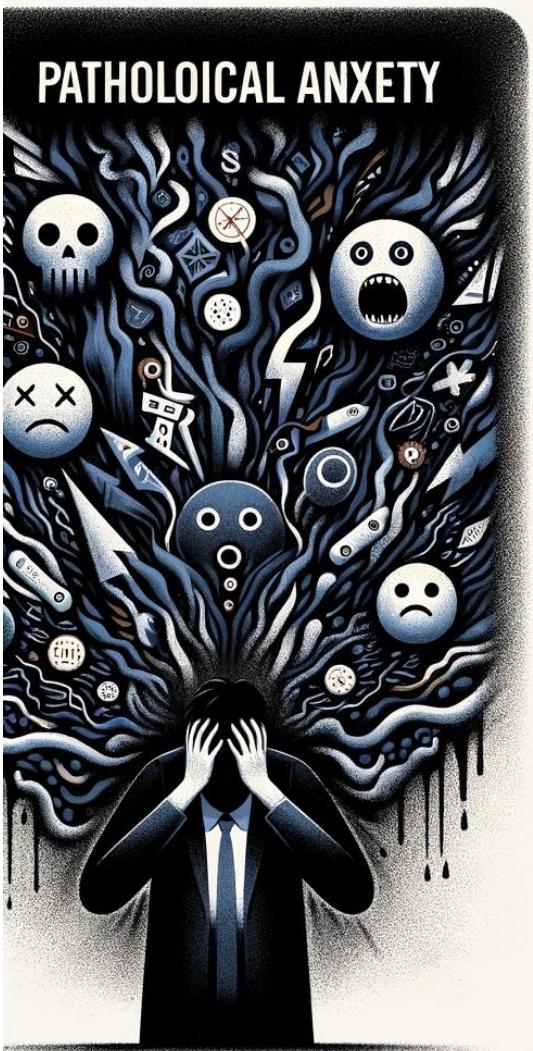
Constituye además un punto de convergencia de aspectos somáticos, psicológicos y culturales de las personas.



Como síntoma la ansiedad está presente en alguna forma en casi la totalidad de los trastornos psiquiátricos, sin embargo, en los trastornos de ansiedad constituye el síntoma central.



Introducción Ansiedad



Ansiedad normal: emoción psicobiológica básica, adaptativa ante un desafío o peligro presente o futuro. Su función es la de motivar conductas para superar dicha situación, y su duración está en relación a la magnitud y la resolución del problema que la desencadena.



Ansiedad patológica: es una respuesta exagerada, no necesariamente ligada a un peligro, situación u objeto externo, y que puede llegar a ser incapacitante, al punto de condicionar la conducta de un individuo, y cuya aparición o desaparición parecen ser más aleatorias.

Trastornos de Ansiedad DSM V TR

El Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) se caracteriza por una preocupación excesiva y persistente durante al menos 6 meses, difícil de controlar. Los síntomas incluyen inquietud, fatiga, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y alteraciones del sueño.

El Trastorno de Pánico se caracteriza por la aparición repentina de ataques de pánico recurrentes e inesperados, acompañados de al menos cuatro síntomas como palpitaciones, sudoración, temblores, sensación de asfixia, molestias en el pecho, mareo, desrealización, miedo a perder el control o morir.

La Fobia Específica implica un miedo o ansiedad intensa hacia un objeto o situación particular (como volar, animales o alturas), con respuesta inmediata de ansiedad al exponerse al estímulo. Las personas evitan activamente la situación o la soportan con gran malestar, y el miedo es desproporcionado al peligro real.

La Ansiedad Social (Fobia Social) se caracteriza por un miedo intenso y persistente a situaciones sociales donde la persona teme ser juzgada o humillada. Esto provoca ansiedad intensa o ataques de pánico, llevando a evitar dichas situaciones o enfrentarlas con gran malestar. El trastorno persiste por al menos 6 meses y afecta significativamente la vida social o laboral.

El Mutismo Selectivo implica la incapacidad persistente para hablar en situaciones sociales específicas, aunque la persona sí habla en otros contextos. Este trastorno afecta áreas educativas, laborales o sociales, tiene una duración mínima de 1 mes y no se debe a falta de conocimiento del idioma.

El Trastorno de Ansiedad por Separación implica una ansiedad excesiva e inapropiada sobre la separación de figuras de apego, acompañada de síntomas como malestar intenso, preocupaciones persistentes y resistencia a separarse. Este trastorno afecta significativamente la vida social, académica o laboral y tiene una duración mínima de 4 semanas en niños o 6 meses en adultos.

La Agorafobia se caracteriza por un miedo o ansiedad intensa hacia al menos dos situaciones como usar transporte público, estar en espacios abiertos, multitudes o fuera de casa solo, por temor a no poder escapar o recibir ayuda. Este trastorno lleva a evitar activamente estas situaciones, afecta significativamente la vida diaria y persiste por al menos 6 meses.

Presentación Clínica de la Ansiedad

Síntomas Emocionales:

- **Sentimientos persistentes de nerviosismo o tensión:** Una sensación constante de estar “al borde”.
- **Inquietud:** Dificultad para relajarse, sentirse agitado.
- **Miedo irracional o excesivo:** Temor desproporcionado a situaciones o cosas específicas.
- **Sensación de peligro o catástrofe inminente:** Temor constante de que algo malo va a suceder.

Síntomas Cognitivos:

- **Preocupaciones excesivas:** Dificultad para controlar la preocupación, incluso sobre asuntos menores.
- **Pensamientos catastróficos:** Imaginar el peor escenario posible en situaciones diversas.
- **Dificultades de concentración:** Incapacidad para centrarse debido a la ansiedad o preocupaciones.
- **Indecisión:** Dificultad para tomar decisiones por miedo a las consecuencias.

Síntomas Conductuales:

- **Evitación:** Tendencia a evitar situaciones, personas o lugares que provocan ansiedad.
- **Comportamientos de seguridad:** Realizar ciertas acciones para reducir la ansiedad (por ejemplo, verificar repetidamente que la puerta está cerrada).
- **Inquietud motora:** Movimientos corporales repetitivos o nerviosos, como el movimiento de piernas o manos.

Síntomas Físicos - Somáticos:

- Estos pueden incluir taquicardia, sudoración, temblores, boca seca, mareos, fatiga, dolores de cabeza, o problemas gastrointestinales.



Formas de tratamiento de la Ansiedad



Terapias Psicológicas: Terapia Cognitivo-Conductual (TCC): Ayuda a los pacientes a identificar y cambiar patrones de pensamiento y comportamiento que contribuyen a su ansiedad. Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT): Enseña a los pacientes a aceptar sus pensamientos sin juzgarlos y comprometerse con acciones alineadas con sus valores. Terapia Psicodinámica: Explora cómo las experiencias pasadas y los conflictos inconscientes pueden influir en los sentimientos actuales de ansiedad. Terapia de Exposición: Implica la exposición gradual y controlada a las situaciones o objetos temidos para reducir la respuesta de ansiedad. Mindfulness y Técnicas de Relajación: Incluyen meditación, respiración profunda y relajación muscular progresiva para manejar el estrés y la ansiedad.



Tratamiento Farmacológico: Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS): Antidepresivos comúnmente usados para tratar la ansiedad. Inhibidores de la Recaptación de Serotonin y Norepinefrina (IRSN): Otra clase de antidepresivos efectivos para algunos trastornos de ansiedad. Benzodiazepinas: Medicamentos sedantes que pueden ser efectivos para aliviar la ansiedad aguda, pero generalmente no se recomiendan para uso a largo plazo debido al riesgo de dependencia. Antagonistas y Moduladores de Receptores de Serotonina: Como la buspirona, son opciones para algunos pacientes. Beta-bloqueantes: A veces se usan para controlar los síntomas físicos de la ansiedad, como los temblores.



Cambios en el Estilo de Vida y Estrategias de Autocuidado: Ejercicio Regular: Ayuda a reducir el estrés y mejorar el bienestar general. Técnicas de Manejo del Estrés: Como la meditación y el yoga. Dieta Saludable y Sueño Adequado: Contribuyen al bienestar general y pueden reducir los síntomas de ansiedad. Evitar Alcohol y Cafeína: Pueden agravar la ansiedad y causar trastornos del sueño. Red de Apoyo Social: Hablar con amigos y familiares puede proporcionar apoyo y comprensión.



Tratamientos Alternativos y Complementarios: Acupuntura: Algunas personas encuentran alivio de la ansiedad a través de esta práctica. Suplementos y Hierbas: Como la valeriana o la pasiflora, aunque siempre deben usarse bajo supervisión médica debido a posibles interacciones con otros medicamentos.

Tratamiento efectivos para los trastornos de ansiedad

Las psicoterapias conductuales y cognitivas son las más estudiadas Intervenciones psicológicas para los trastornos de ansiedad.

Resultados de diez años de estudios.

Los resultados respaldan la eficacia de la combinación cognitiva y conductual.

Cognitive and Behavioral Treatments for Anxiety Disorders: A Review of Meta-analytic Findings



Brett J. Deacon and Jonathan S. Abramowitz

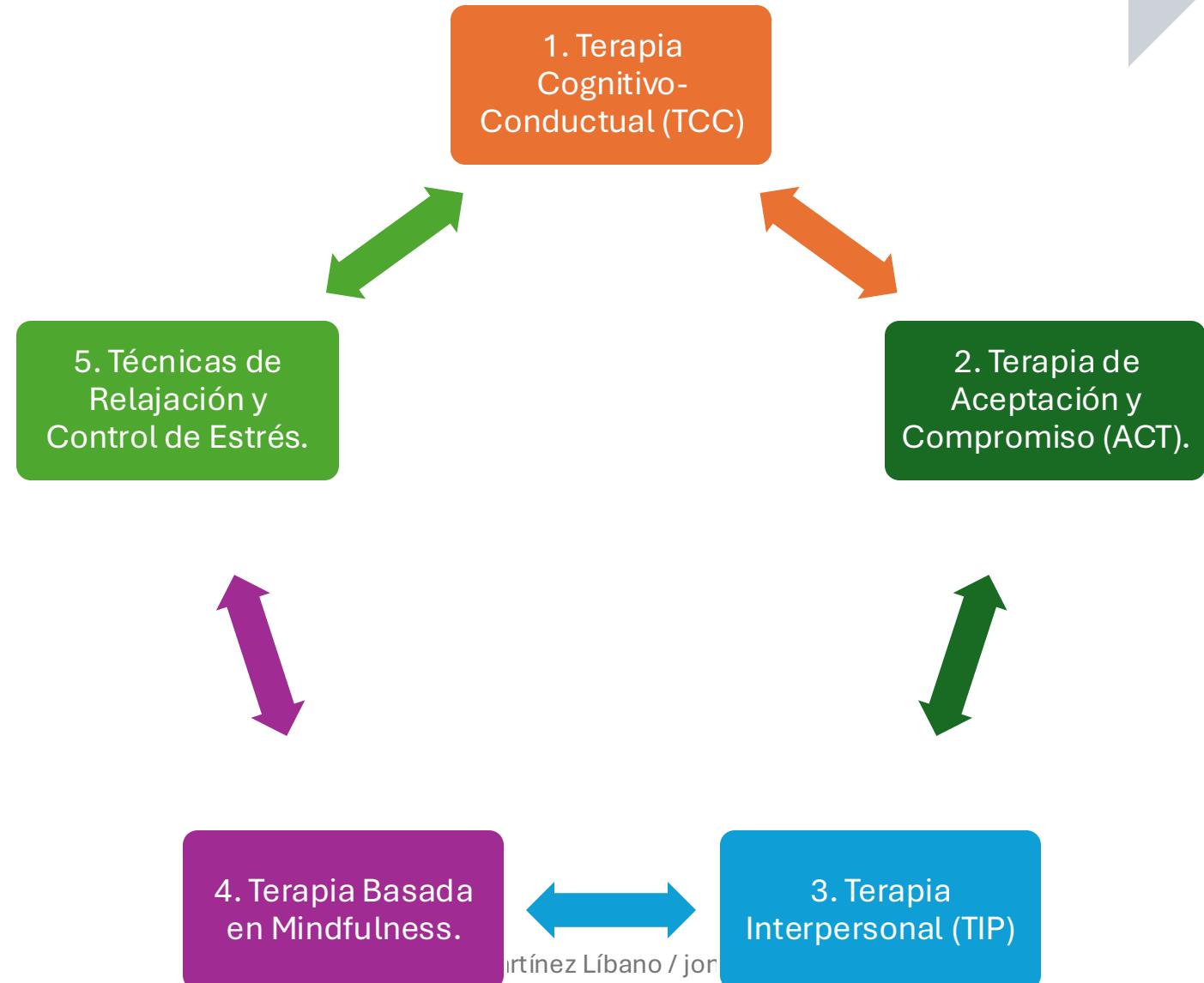
Mayo Clinic

Behavioral and cognitive psychotherapies are the most widely studied psychological interventions for anxiety disorders. In the present article, the results of ten years of meta-analytic studies on psychotherapies for the various anxiety disorders are reviewed and the relative effectiveness of cognitive and behavioral therapeutic methods is examined. Meta-analytic results support the effectiveness of combined cognitive and behavioral approaches for anxiety disorders. *Pure* behavioral therapies also are effective and appear to work as well as combined treatment for some disorders. Due to the small number of outcome studies involving pure cognitive treatments, reliable conclusions about the effectiveness of this approach cannot be offered. Additional theoretical and practical considerations are discussed. © 2004 Wiley Periodicals, Inc. *J Clin Psychol* 60: 429–441, 2004.

Keywords: meta-analysis; anxiety; panic disorder; social phobia; generalized anxiety disorder; obsessive-compulsive disorder; posttraumatic stress disorder

Psychotherapies involving cognitive and behavioral procedures have been established as empirically supported treatments for anxiety disorders (e.g., Chambliss & Ollendick, 2001). A strength of this approach over other approaches to therapy (e.g., hypnosis) is

Tratamiento Efectivos para la Ansiedad

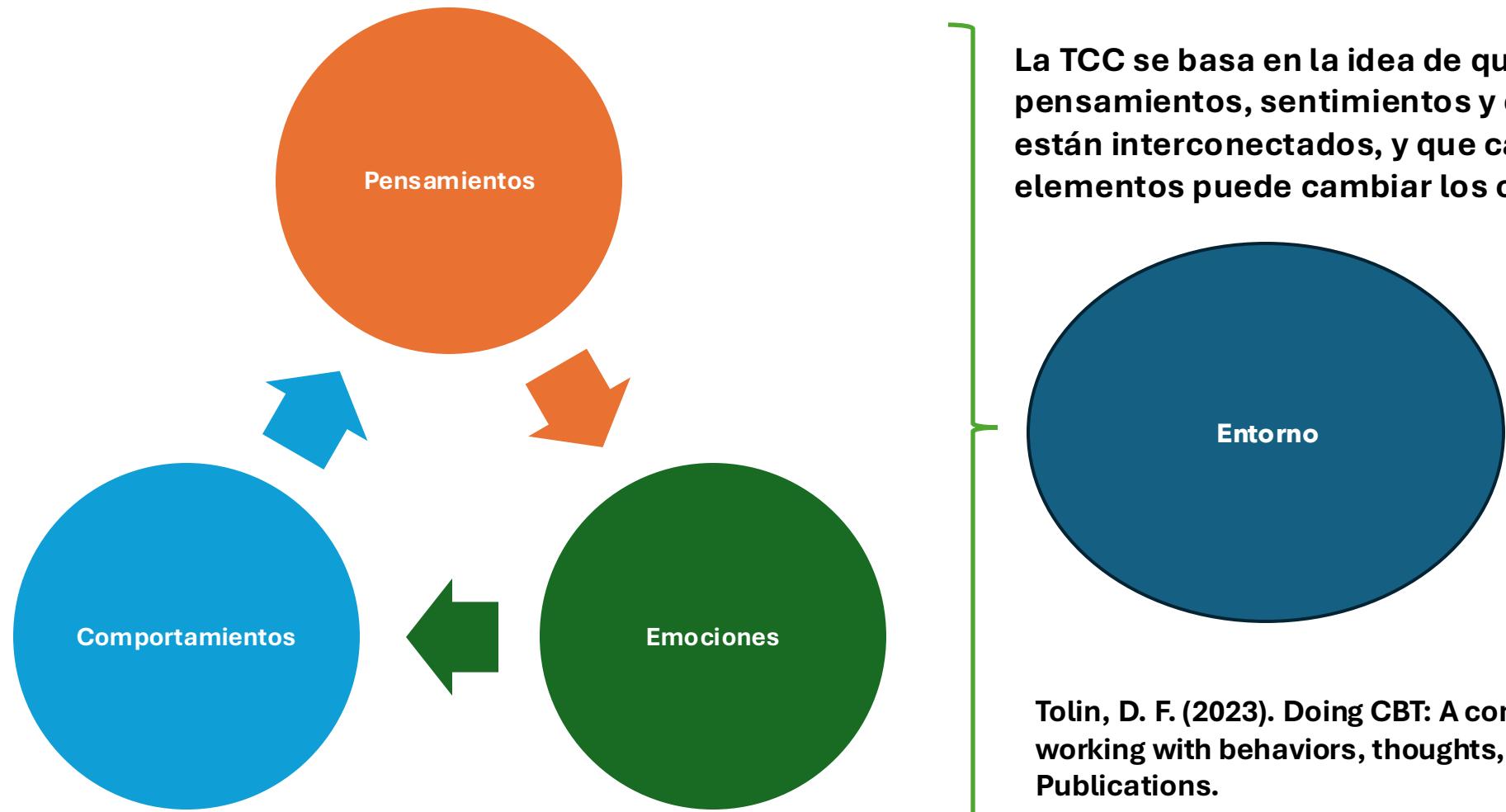


Tratamiento	Enfoque Principal	Técnicas Clave	Aplicaciones	Autores Reconocidos
Terapia Cognitivo-Conductual (TCC)	Modificar patrones de pensamiento y comportamiento negativos	Reestructuración cognitiva, técnicas de relajación, entrenamiento de habilidades	Ansiedad generalizada, trastornos de pánico, fobias, TEPT	Aaron Beck, Albert Ellis
Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)	Aceptación de pensamientos y sentimientos, compromiso con acciones alineadas con valores personales	Mindfulness, desfusion cognitiva, clarificación de valores, acción comprometida	Amplio rango de trastornos, incluyendo ansiedad, depresión, estrés	Steven C. Hayes
Terapia basada en Mindfulness	Conciencia plena y atención al momento presente	Meditación, ejercicios de atención plena, técnicas de respiración	Ansiedad, estrés, depresión, manejo del dolor crónico	Jon Kabat-Zinn
Terapia de Exposición	Exposición gradual y controlada a situaciones temidas	Desensibilización sistemática, prevención de respuesta, exposición en vivo o imaginada	Fobias específicas, TEPT, trastorno obsesivo-compulsivo	Joseph Wolpe, Edna Foa
Terapia Interpersonal	Mejora de las relaciones y habilidades de comunicación	Ánalysis de relaciones, desarrollo de habilidades sociales, resolución de conflictos	Trastornos relacionados con el estrés, problemas en relaciones personales	Gerald Klerman, Myrna Weissman

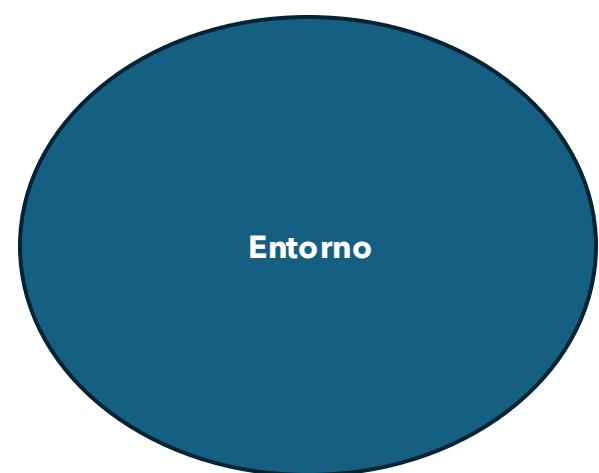


Terapia Cognitiva Conductual (TCC)

Terapia Cognitivo Conductual (TCC)



La TCC se basa en la idea de que nuestros pensamientos, sentimientos y comportamientos están interconectados, y que cambiar uno de estos elementos puede cambiar los otros



Tolin, D. F. (2023). *Doing CBT: A comprehensive guide to working with behaviors, thoughts, and emotions*. Guilford Publications.

Elemento	Depresión	Manía	Pánico	TLP
Cognitivo	Creencia de que no valgo nada	Creencia de que soy todopoderoso	Creencia de que me estoy muriendo	Creencia de que otros me abandonarán y será heavy!
Emocional	Tristeza, sensación de pesadez, baja energía	Excitación, alta energía, necesidad disminuida de dormir	Miedo, aumento de la frecuencia cardíaca, mareos	Todo lo anterior en diferentes momentos
Conductual	Pasar tiempo excesivo en la cama	Sexo impulsivo, gastos	Evitación, búsqueda de reafirmación	Autolesiones, amenazas de suicidio, lanzar objetos

QhaliKay. Revista de Ciencias de la Salud. 2020; 4 (1): 19-25



Revista de Ciencias de la Salud



ISSN: 2588-0608

Terapia cognitivo-conductual en la fibromialgia

Cognitive-behavioral therapy in fibromyalgia

Bárbara Dinorah Hidalgo Martínez^{1*}, Viorkis Pérez Ortiz², María Caridad Olivera Cardoso², Lidia López Aristica², Liset Betancourt Castellanos², Mario Augusto Loor Navarrete²

¹Hospital Luis Moscoso Zambrano. El Oro, Ecuador.

²Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Técnica de Manabí, Ecuador.

*barbarahm68@gmail.com

Artículo original

Recibido: 16-08-2019

Aceptado: 09-12-2019

Resumen

La fibromialgia es una enfermedad con fuerte impacto psicológico, de evolución crónica que provoca dolor, rigidez e hipersensibilidad en músculos, tendones y articulaciones por más

Estudio realizado en pacientes con fibromialgia mostró que el 70,1% de los pacientes experimentaron una disminución o desaparición de los síntomas de ansiedad tras recibir TCC (Hidalgo Martínez et al., 2020).

Cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders: an update on the empirical evidence

Antonia N. Kaczkurkin, PhD; Edna B. Foa, PhD



Introduction

A large amount of research has accumulated on the efficacy and effectiveness of cognitive-behavioral therapy (CBT) for anxiety disorders including post-traumatic stress disorder, obsessive-compulsive disorder, panic disorder, generalized anxiety disorder, social anxiety disorder, and specific phobia. The purpose of the current article is to provide an overview of two of the most commonly used CBT methods used to treat anxiety disorders (exposure and cognitive therapy) and to summarize and discuss the current empirical research regarding the usefulness of these techniques for each anxiety disorder. Additionally, we discuss the difficulties that arise when comparing active CBT treatments, and we suggest directions for future research. Overall, CBT appears to be both efficacious and effective in the treatment of anxiety disorders, but dismantling studies are needed to determine which specific treatment components lead to beneficial outcomes and which patients are most likely to benefit from these treatment components.

© 2015 AICH - Senior Research Group

Dialogues Clin Neurosci 2015;17(3):337-346

Cognitive behavioral therapy (CBT) has been shown to be effective for a wide variety of mental health disorders¹, including anxiety disorders.²⁻⁴ CBT has also been associated with improvements in quality of life in anxiety patients.⁵ CBT is typically conceptualized as a short-term, skills-focused treatment aimed at altering maladaptive emotional responses by changing the patient's thoughts, behaviors, or both. The origins of CBT can be traced back in part to the theories of early researchers such as B. F. Skinner and Joseph Wolpe, who pioneered the behavioral therapy movement in the 1950s. Behavioral therapy supposes that changing behaviors leads to change in emotions and cognitions such as appraisals. Since its introduction, behavioral therapy has evolved to include cognitive psychotherapy, pioneered by the early work of psychologists such as Albert Ellis and Aaron T. Beck. Cognitive therapy focuses on changing cognitions, which is proposed to change emotions and behaviors. Subsequently, the terms cognitive

Keywords: cognitive-behavioral therapy, exposure, anxiety disorders, post-traumatic stress disorder, obsessive-compulsive disorder, panic disorder, generalized anxiety disorder, social anxiety disorder, specific phobia

Author affiliations: University of Pennsylvania, Department of Psychiatry, Philadelphia, Pennsylvania, USA

Address for correspondence: Antonia N. Kaczkurkin, PhD, Department of Psychiatry, Center for the Treatment and Study of Anxiety, 3535 Market St, Suite 600 NW, Philadelphia, PA 19104, USA. E-mail: antonik@med.upenn.edu

Copyright © 2015 AICH - Senior Research Group. All rights reserved

337

www.dialogues-cln.org

La TCC es eficaz para diversos trastornos de ansiedad, incluidos el trastorno de estrés postraumático, el TOC, el trastorno de pánico, el TAG, el trastorno de ansiedad social y la fobia específica.

Kaczkurkin, A. N., & Foa, E. B. (2015). Cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders: an update on the empirical evidence. *Dialogues in clinical neuroscience*, 17(3), 337-346.

Evidencias

Received: 3 May 2017 | Revised: 5 January 2018 | Accepted: 20 January 2018

DOI: 10.1002/da.22728

REVIEW



Cognitive behavioral therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials

Joseph K. Carpenter MA¹ | Leigh A. Andrews BA¹ | Sara M. Witcraft BA^{2,3} |

Mark B. Powers PhD^{2,4} | Jasper A. J. Smits PhD² | Stefan G. Hofmann PhD¹

¹Department of Psychological and Brain Sciences, Boston University, Boston, MA, USA

²Department of Psychology and Institute for Mental Health Research, University of Texas, Austin, TX, USA

³Department of Psychology, University of Mississippi, MS, USA

⁴Baylor University Medical Center, Dallas, TX, USA

Correspondence
Stefan G. Hofmann, Department of Psychological and Brain Sciences, Boston University, 648 Beacon Street, 6th Fl., Boston, MA 02215, USA
Email: shofmann@bu.edu

The purpose of this study was to examine the efficacy of cognitive behavioral therapy (CBT) for anxiety-related disorders based on randomized placebo-controlled trials. We included 41 studies that randomly assigned patients ($N = 2,843$) with acute stress disorder, generalized anxiety disorder (GAD), obsessive compulsive disorder (OCD), panic disorder (PD), posttraumatic stress disorder (PTSD), or social anxiety disorder (SAD) to CBT or a psychological or pill placebo condition. Findings demonstrated moderate placebo-controlled effects of CBT on target disorder symptoms (Hedges' $g = 0.56$), and small to moderate effects on other anxiety symptoms (Hedges' $g = 0.38$), depression (Hedges' $g = 0.31$), and quality of life (Hedges' $g = 0.30$). Response rates in CBT compared to placebo were associated with an odds ratio of 2.97. Effects on the target disorder were significantly stronger for complete samples than intent-to-treat samples, and for individuals compared to group CBT in SAD and PTSD studies. Large effect sizes were found for OCD, GAD, and acute stress disorder, and small to moderate effect sizes were found for PTSD, SAD, and PD. In PTSD studies, dropout rates were greater in CBT (29.0%) compared to placebo (17.2%), but no difference in dropout was found across other disorders. Interventions primarily using exposure strategies had larger effect sizes than those using cognitive or cognitive and behavioral techniques, though this difference did not reach significance. Findings demonstrate that CBT is a moderately efficacious treatment for anxiety disorders when compared to placebo. More effective treatments are especially needed for PTSD, SAD, and PD.

KEYWORDS

anxiety, anxiety disorders, behavior therapy, cognitive therapy, meta-analysis, treatment outcome

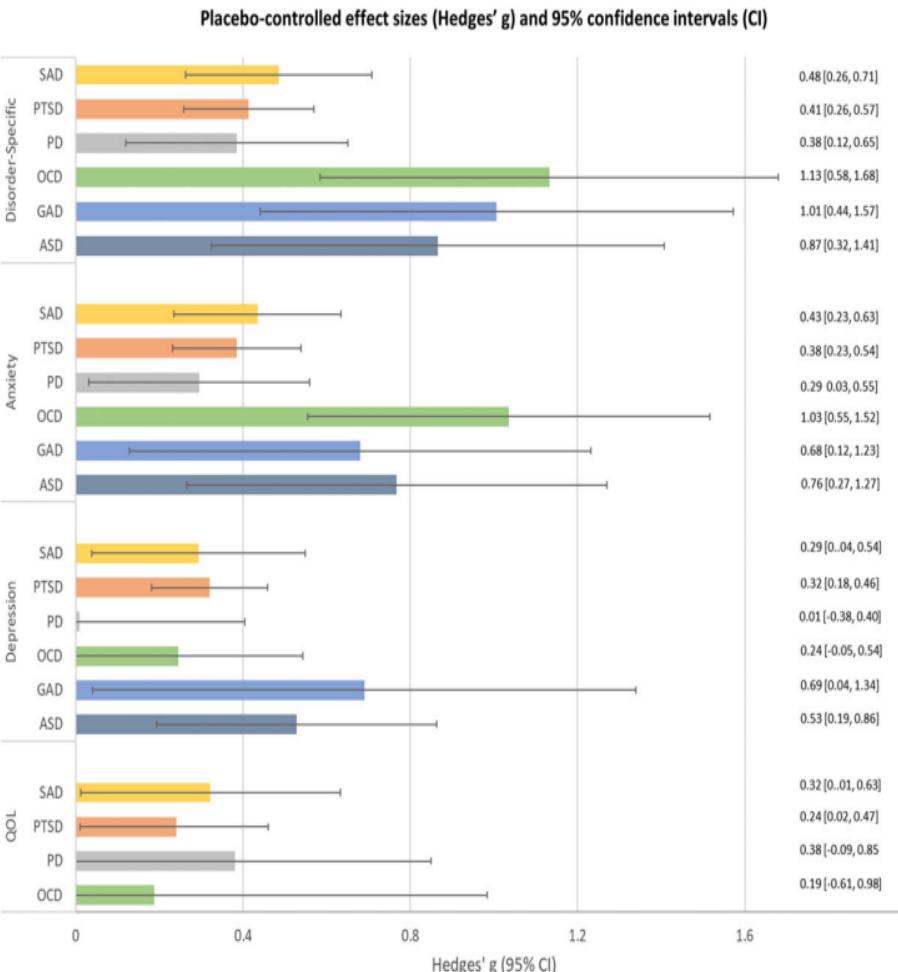


FIGURE 4 Placebo-controlled effect sizes and 95% confidence intervals (CI) for disorder-specific, anxiety, depression, and quality of life measures. QOL, quality of life; ASD, acute stress disorder; GAD, generalized anxiety disorder; OCD, obsessive compulsive disorder; PD, panic disorder; PTSD, posttraumatic stress disorder; SAD, social anxiety disorder

Carpenter, J. K., Andrews, L. A., Witcraft, S. M., Powers, M. B., Smits, J. A., & Hofmann, S. G. (2018). Cognitive behavioral therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Depression and anxiety*, 35(6), 502-514.

ASD: Tamaño del efecto significativo.

GAD: Tamaño del efecto significativo.

OCD: Tamaño del efecto grande.

PD: Tamaño del efecto pequeño a moderado.

PTSD: Tamaño del efecto pequeño a moderado.

SAD: Tamaño del efecto pequeño a moderado.

Evidencias



Journal of Psychiatric Research 45 (2011) 1264–1268

Contents lists available at ScienceDirect

Journal of Psychiatric Research

journal homepage: www.elsevier.com/locate/psychires



Short- and long-term efficacy of cognitive behavioral therapy for DSM-IV panic disorder in patients with and without severe psychiatric comorbidity

Martina Rathgeb-Fuetsch, Gabriele Kempter, Alexandra Feil, Thomas Pollmächer, Andreas Schuld*

Center of Mental Health, Klinikum Ingolstadt, Krumenauer Strasse 25, D-85049 Ingolstadt, Germany

ARTICLE INFO

Article history:

Received 1 December 2010

Received in revised form

11 March 2011

Accepted 30 March 2011

Keywords:

Panic disorder

Agoraphobia

Cognitive-behavioral therapy

Efficacy

Comorbidity

ABSTRACT

Cognitive behavioral therapy (CBT) and/or pharmacological therapy are considered to be effective in the treatment of anxiety disorders. Anxiety patients frequently suffer from comorbid psychiatric disorders such as depression or substance disorders. Ongoing substance disorders and/or severe depressive symptomatology often are the reason why patients are not treated by outpatient psychotherapy. The present study was designed to evaluate whether CBT is comparably effective both in anxiety patients with and without comorbid axis-I-diagnoses.

In a 5-weeks standardized inpatient CBT program for anxiety disorders at the Center of Mental Health, Ingolstadt, 48 patients with panic disorder according to DSM-IV were included. 42% of the patients suffered from panic disorder only, 58% from at least one further mental disorder, mainly from affective and/or substance disorders. The severity of symptomatology was determined using psychometric scales at admission, at discharge and at the follow-up investigation.

In general, therapy was highly effective. Panic symptoms as well as anxious cognitions and avoidance behavior were significantly reduced at discharge and results remained stable until the follow-up investigation. Therapy was equally effective in both groups, in patients with pure and patients with comorbid panic disorder at discharge as well as at the follow-up investigation. Thus, patients with comorbid affective or substance disorders should not be excluded from psychotherapeutic programs in future.

© 2011 Elsevier Ltd. All rights reserved.

El estudio incluyó a 48 pacientes con trastorno de pánico que participaron en un programa de CBT estandarizado de 5 semanas en un entorno hospitalario.

El 58% de los pacientes presentaba al menos un trastorno mental adicional, principalmente trastornos afectivos o por uso de sustancias.

Se evaluó la gravedad de los síntomas usando escalas psicométricas al ingreso, al alta y en un seguimiento promedio de 20 meses después.

Los resultados mostraron que la terapia fue altamente efectiva en reducir significativamente los síntomas de pánico, las cogniciones ansiosas y el comportamiento de evitación.

La eficacia de la terapia fue igual tanto en pacientes con trastorno de pánico puro como en aquellos con comorbilidad, y los resultados se mantuvieron estables hasta el seguimiento.

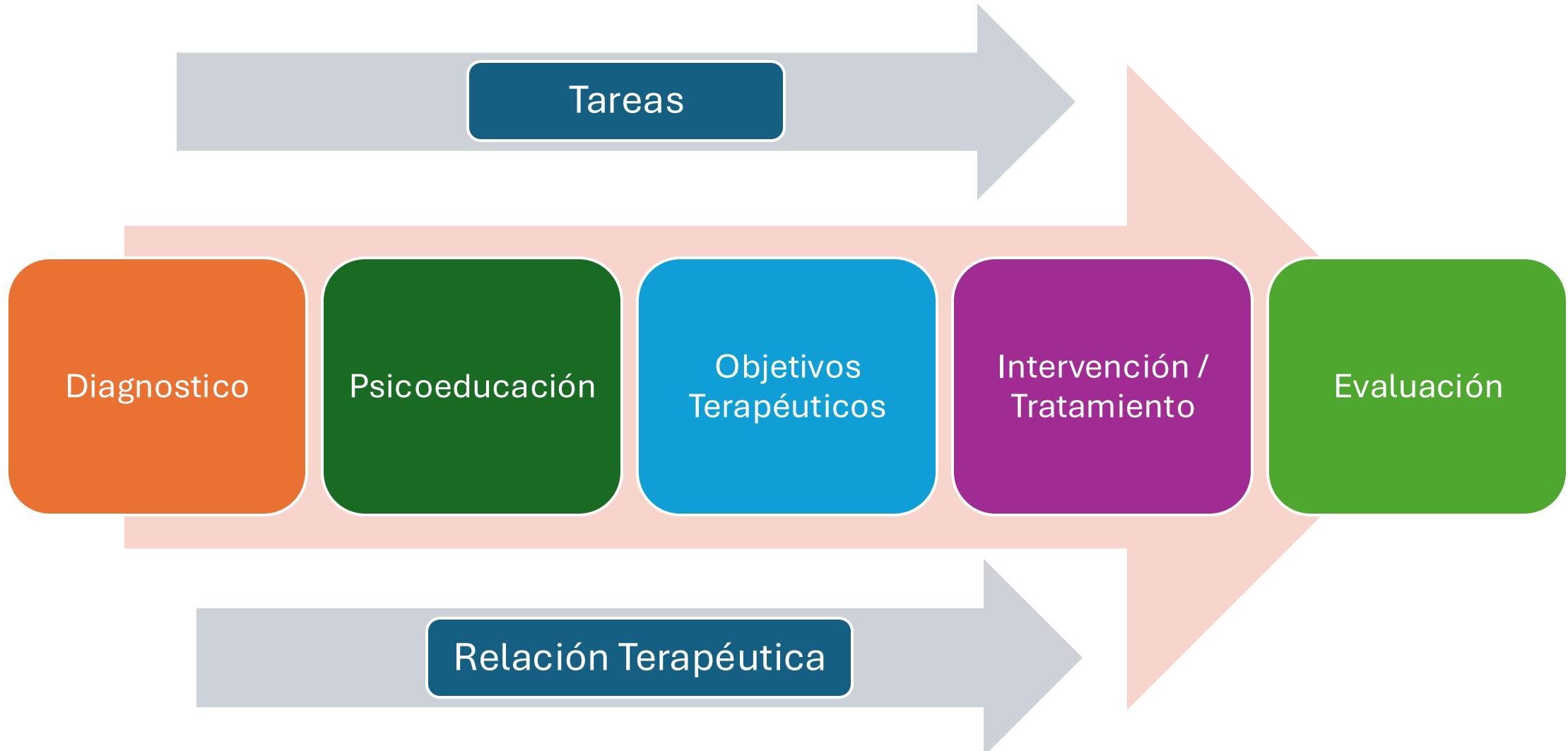
Esto sugiere que los pacientes con trastornos afectivos o por uso de sustancias comórbidos no deben ser excluidos de los programas psicoterapéuticos.

El estudio también encontró que la medicación psicotrópica (principalmente antidepresivos) no se modificó durante el tratamiento y no afectó los resultados del tratamiento.

La terapia fue igualmente efectiva independientemente de la medicación. Además, el 57% de los pacientes recibió psicoterapia ambulatoria continua después del alta, lo que sugiere la importancia de un tratamiento continuo en pacientes con cogniciones agorafóbicas intensas.

Rathgeb-Fuetsch, M., Kempter, G., Feil, A., Pollmächer, T., & Schuld, A. (2011). Short-and long-term efficacy of cognitive behavioral therapy for DSM-IV panic disorder in patients with and without severe psychiatric comorbidity. *Journal of psychiatric research*, 45(9), 1264-1268.

Estructura Clásica



Estructura TCC

Sesión 1: Evaluación inicial del paciente. Explicación del TAG y TCC. Establecimiento de objetivos terapéuticos. Introducción a la relación entre pensamientos, emociones y comportamientos.

Sesión 2: Educación sobre la Ansiedad Educación sobre la naturaleza de la ansiedad y el TAG. Identificación de síntomas y desencadenantes de la ansiedad. Introducción a la auto-observación y registro de pensamientos.

Sesión 3: Identificación de Pensamientos Automáticos / Aprender a identificar pensamientos automáticos negativos. Introducción a la técnica de registro de pensamientos. Tareas para casa: registro diario de pensamientos automáticos.

Sesión 4: Desafío de Pensamientos Automáticos Entrenamiento en técnicas para desafiar y reestructurar pensamientos automáticos negativos. Ejercicios prácticos en sesión.

Sesión 5: Técnicas de Relajación y Respiración Aprender y practicar técnicas de relajación y respiración. Discusión sobre cómo y cuándo utilizar estas técnicas.

Sesión 6: Continuación de la Reestructuración Cognitiva Profundización en la reestructuración cognitiva. Ejemplos y práctica en sesión.

Sesión 7: Exposición a Preocupaciones Introducción a la técnica de exposición. Planificación de ejercicios de exposición graduada.

Sesión 8: Implementación de la Exposición Realizar ejercicios de exposición en sesión o discutir experiencias de exposición realizadas como tarea. Ajustar el plan de exposición según sea necesario.

Sesión 9: Habilidades de Afrontamiento Avanzadas Desarrollo de habilidades avanzadas de afrontamiento para manejar la ansiedad. Discusión sobre cómo mantener el progreso.

Sesión 10: Prevención de Recaídas Estrategias para prevenir recaídas. Identificación de señales de advertencia y planificación de respuesta.

Sesión 11: Integración y Refuerzo de las habilidades aprendidas. Revisión de los progresos y ajustes necesarios.

Sesión 12: Cierre - Revisión de los objetivos alcanzados.

Tareas Habituales

Registro de Pensamientos Automáticos:

Los pacientes pueden llevar un diario donde anoten sus pensamientos automáticos, especialmente aquellos que surgen en momentos de angustia o ansiedad. Esto ayuda a aumentar la conciencia sobre los patrones de pensamiento y a prepararse para la reestructuración cognitiva.

Diario de Gratitud: Escribir diariamente tres cosas por las cuales están agradecidos. Esto puede ayudar a cambiar el enfoque de pensamientos negativos a aspectos positivos de sus vidas.

Práctica de Técnicas de Relajación:

Instrucciones para practicar técnicas de relajación, como la respiración profunda o la relajación muscular progresiva, y llevar un registro de cómo estas técnicas afectan su nivel de ansiedad o estrés.

Ejercicios de Exposición:

Si es relevante, realizar actividades graduadas de exposición a situaciones que provocan ansiedad, comenzando por las menos angustiantes y avanzando hacia las más desafiantes.

Desafío de Creencias Irracionales: Escribir sobre creencias irracionales específicas y desafiarlas a través de la recolección de evidencia que las contradiga.

Ejercicios de Atención Plena (Mindfulness): Practicar ejercicios de atención plena y meditación para mejorar la conciencia del momento presente y reducir la rumiación o preocupación.

Tareas de Autocuidado: Comprometerse a realizar actividades específicas de autocuidado, como ejercicio físico, comer saludablemente o tener tiempo de ocio, y anotar cómo se sienten antes y después de estas actividades.

Planificación de Actividades Placenteras: Planificar y llevar a cabo actividades placenteras o gratificantes, especialmente si se ha experimentado anhedonia o falta de interés.

Análisis de Problemas y Toma de Decisiones: Utilizar técnicas aprendidas en la terapia para abordar un problema específico o tomar una decisión, registrando el proceso y los resultados.

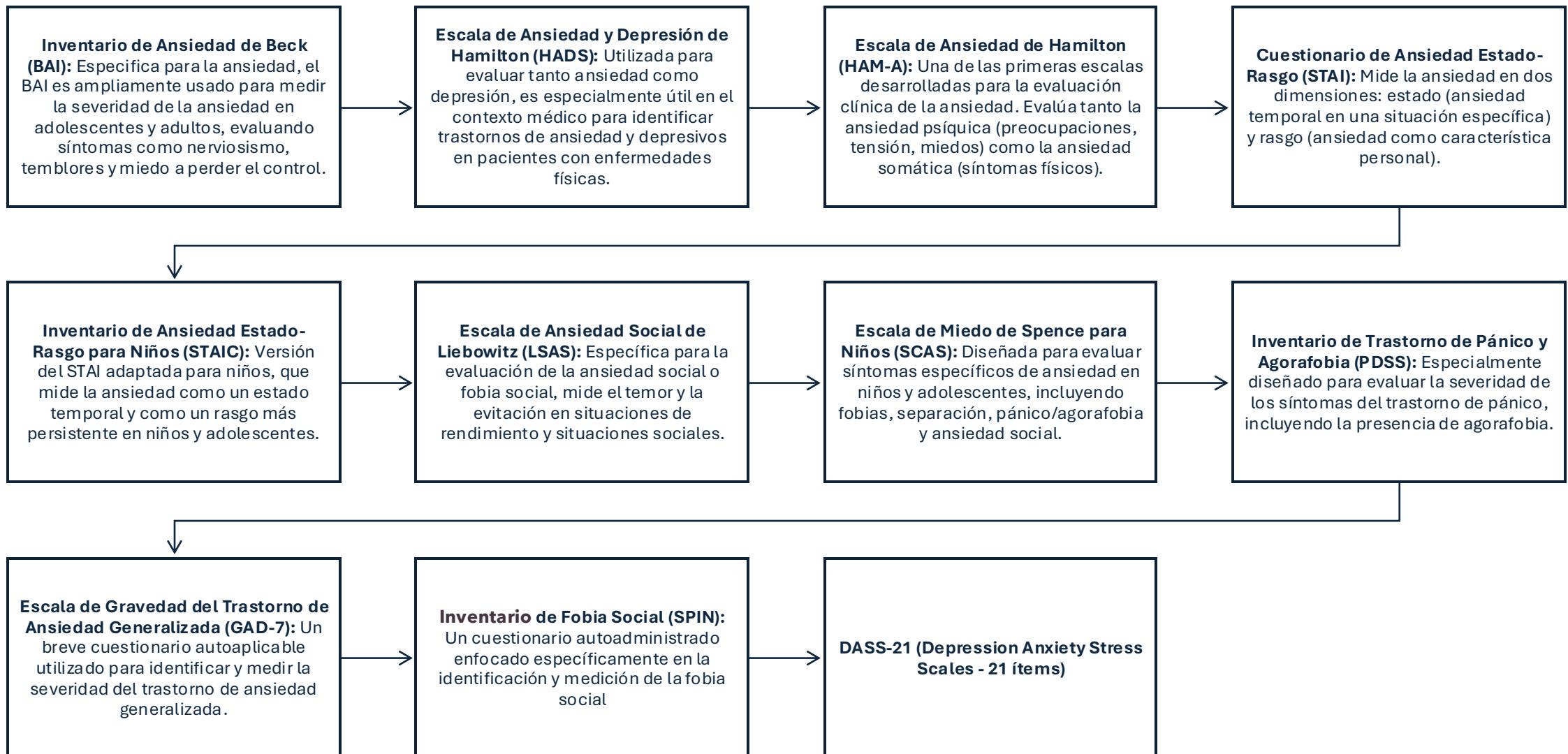
Práctica de Habilidades Sociales: Si es relevante, realizar tareas diseñadas para mejorar las habilidades sociales, como iniciar conversaciones, hacer peticiones o expresar opiniones.

Lecturas Educativas o de Autoayuda: Leer materiales educativos o libros de autoayuda relacionados con los temas tratados en terapia y reflexionar o escribir sobre cómo se relacionan con sus experiencias personales.

Evaluación



Comencemos Midiendo





DASS

DEPRESSION
ANXIETY &
STRESS

Evaluación



Free online test

hellodriven.com

DASS-21

Por favor lea las siguientes afirmaciones y coloque un círculo alrededor de un número (0, 1, 2, 3) que indica en qué grado le ha ocurrido a usted esta afirmación durante la semana pasada. La escala de calificación es la siguiente:

0: No me ha ocurrido; 1: Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo; 2: Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo; 3: Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo.

1. Me ha costado mucho descargar la tensión	0 1 2 3
2. Me di cuenta que tenía la boca seca	0 1 2 3
3. No podía sentir ningún sentimiento positivo	0 1 2 3
4. Se me hizo difícil respirar	0 1 2 3
5. Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas	0 1 2 3
6. Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones	0 1 2 3
7. Sentí que mis manos temblaban	0 1 2 3
8. He sentido que estaba gastando una gran cantidad de energía	0 1 2 3
9. Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo	0 1 2 3
10. He sentido que no había nada que me ilusionara	0 1 2 3
11. Me he sentido inquieto	0 1 2 3
12. Se me hizo difícil relajarme	0 1 2 3
13. Me sentí triste y deprimido	0 1 2 3
14. No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo....	0 1 2 3

Puntos de corte comúnmente utilizados:

Depresión:

5-6 depresión leve

7-10 depresión moderada

11-13 depresión severa

14 o más, depresión extremadamente severa.

Ansiedad:

4 ansiedad leve

5-7 ansiedad moderada

8-9 ansiedad severa

10 o más, ansiedad extremadamente severa.

Estrés:

8-9 estrés leve

10-12 estrés moderado

13-16 estrés severo

17 o más, estrés extremadamente severo.

Nombre:

Fecha:

INVENTARIO DE ANSIEDAD ESTADO-RASGO (State-Trait Anxiety Inventory, STAI)**ANSIEDAD-ESTADO**

Instrucciones: A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse a uno mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se siente usted ahora mismo, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
1. Me siento calmado				
2. Me siento seguro				
3. Estoy tenso				
4. Estoy contrariado				
5. Me siento cómodo (estoy a gusto)				
6. Me siento alterado				
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras				
8. Me siento descansado				
9. Me siento angustiado				
10. Me siento confortable				
11. Tengo confianza en mí mismo				
12. Me siento nervioso				
13. Estoy desasosegado				
14. Me siento muy "atado", como oprimido				
15. Estoy relajado				
16. Me siento satisfecho				
17. Estoy preocupado				
18. Me siento aturdido y sobreexcitado				
19. Me siento alegre				
20. En este momento me siento bien				

INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK BAI

(Beck, Epstein, Brown & Steer, 1988)

Terapeuta _____ Fecha Aplicación _____ ddmmaa _____ Clave participante _____

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS				
Nombre completo:				
Sexo: Masculino (1) Femenino (2)	Edad:			
Barrio:	Estrato socioeconómico (1) (2) (3) (4) (5) (6)			
Estado Civil: Soltero/a (1) Casado/a (2) Unión libre (3) Separado/a (4) Viudo/a (5)				
Escolaridad: Sin estudios (1) Primaria (2) Secundaria (3) Técnico (4) Superior (5)				
A continuación hay una lista de síntomas frecuentes de ansiedad. Lea, por favor, cada uno de ellos atentamente. Indique el grado de molestia que le ha provocado cada síntoma durante los últimos 7 días colocando el número adecuado en el espacio correspondiente:				
0: Ninguno _ 1: Ligero _ 2: Moderado _ 3: Grave				
1.	Insensibilidad física o cosquilleo	0	1	2
2.	Acaloramiento	0	1	2
3.	Debilidad en las piernas	0	1	2
4.	Incapacidad para relajarme	0	1	2
5.	Temor a que suceda lo peor	0	1	2
6.	Mareos o vértigos	0	1	2
7.	Aceleración del ritmo cardíaco	0	1	2
8.	Sensación de inestabilidad e inseguridad física	0	1	2
9.	Sensación de estar aterrorizado	0	1	2
10.	Nerviosismo	0	1	2
11.	Sensación de ahogo	0	1	2
12.	Temblor en las manos	0	1	2

Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas?

- | 1. Sentirse nervioso, ansioso o inquieto | Nunca | Varios días | Más de la mitad de los días | Casi todos los días |
|---|-------|-------------|-----------------------------|---------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 2. No ser capaz de detener o controlar las preocupaciones | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. Preocuparse demasiado por diferentes cosas | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. Tener problemas para relajarse | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. Sentirse tan inquieto que no puede permanecer quieto | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. Enojarse fácilmente o irritable | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. Sentir miedo como si algo horrible pudiera suceder | 0 | 1 | 2 | 3 |

Sumar el puntaje de cada columna

+ + +

Puntaje Total (sumar puntajes de las columnas) =

Tratamiento Aplicación Técnicas

Diversas Técnicas

Primera Generación

- Conductual

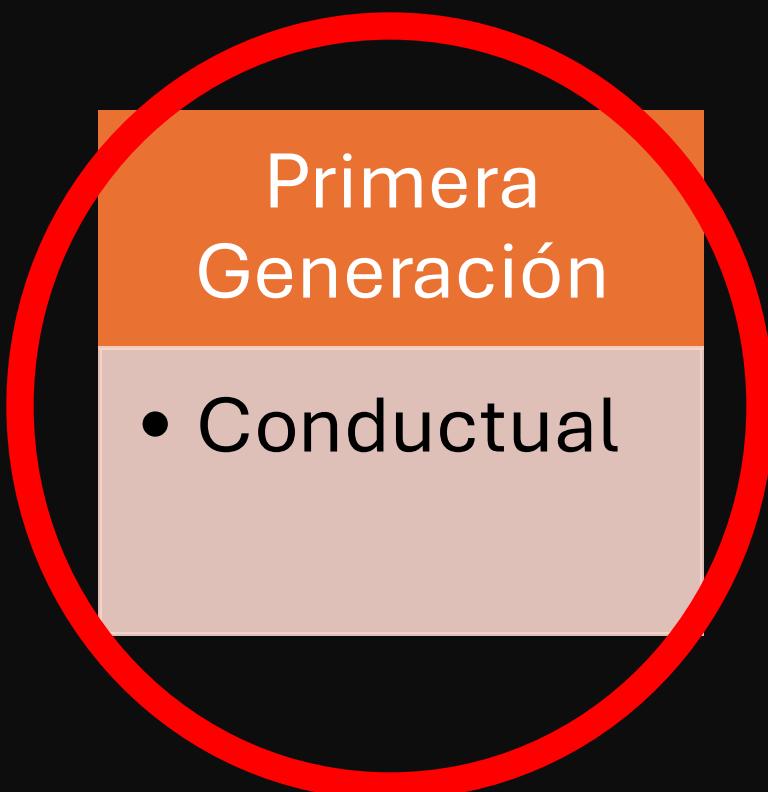
Segunda Generación

- Cognitivo

Tercera Generación

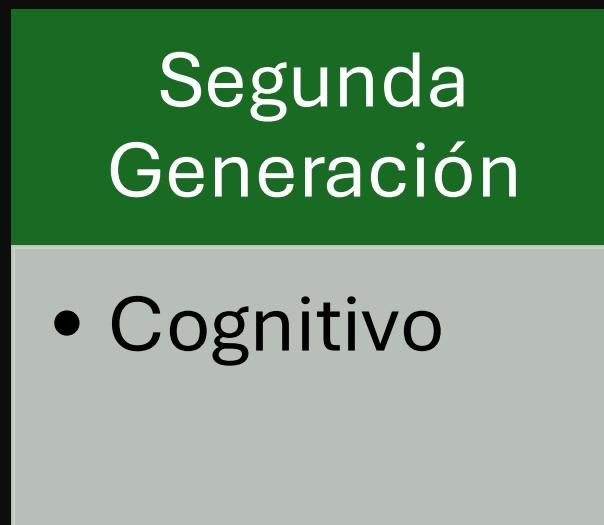
- Contextual

Diversas Técnicas



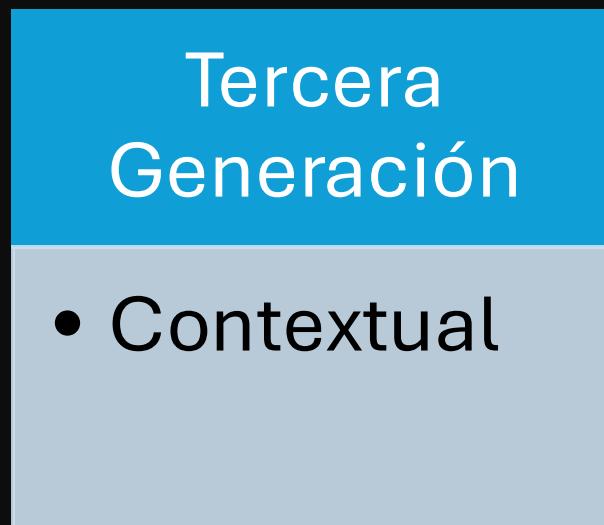
Primera
Generación

- Conductual



Segunda
Generación

- Cognitivo



- Contextual

Primera Generación: Terapias Conductuales (Años 1950-1960)

Críticas a la Primera Generación

Falta de Enfoque en los Procesos Cognitivos Internos:

- La terapia conductual ignoraba los pensamientos y creencias, lo que impedía tratar las causas profundas de trastornos emocionales como la depresión o la ansiedad.
- Pacientes con trastornos como depresión o TOC presentaban patrones de pensamientos repetitivos que la modificación conductual no abordaba.

Reducciónismo Conductual:

- El conductismo trataba la mente humana como una "caja negra", reduciendo el comportamiento a una simple relación estímulo-respuesta, ignorando la complejidad humana.
- Casos clínicos complejos, como el trastorno límite de la personalidad, no podían ser abordados adecuadamente solo desde un enfoque conductual.

Eficacia Limitada en Trastornos Cognitivos-Emocionales:

- Aunque la primera generación fue eficaz en el tratamiento de conductas específicas, no abordaba trastornos emocionales complejos, como la depresión o la ansiedad generalizada.
- Pacientes con depresión seguían teniendo síntomas emocionales profundos a pesar de modificar conductas superficiales.

Problemas en la Generalización y Mantenimiento del Cambio:

- Las intervenciones conductuales no siempre se mantenían ni se generalizaban a otros contextos fuera de la terapia.
- En el tratamiento de la conducta agresiva infantil, los cambios no siempre se transferían a otros entornos fuera del aula o la casa.

Minimización del Papel de las Emociones:

- La primera generación minimizaba las emociones, considerándolas solo como respuestas condicionadas, sin abordar su relación con los pensamientos.
- Los trastornos afectivos, como la depresión, requerían un enfoque más profundo para modificar los patrones emocionales subyacentes.

Exposición gradual



Consiste en exponer al paciente, de forma controlada y progresiva, a los estímulos o situaciones que generan ansiedad, sin permitir conductas de evitación.

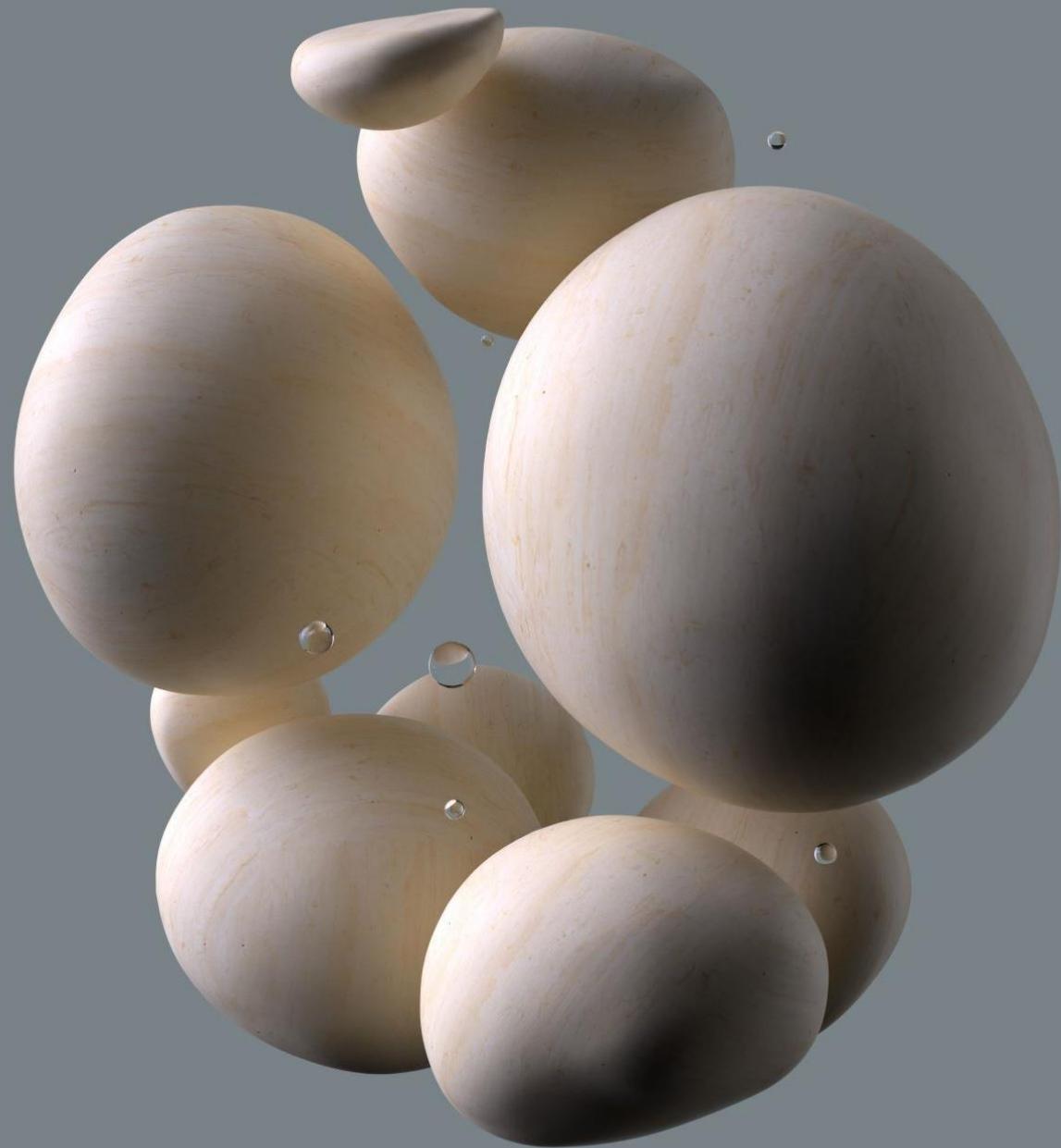


El objetivo es disminuir la respuesta de ansiedad a través de la habituación, ayudando al paciente a comprobar que la amenaza percibida no es real o tan peligrosa como imagina.

Ejemplo: En una fobia social, el paciente puede comenzar exponiéndose a hablar con un amigo cercano y, gradualmente, a situaciones más desafiantes como hablar en público.

Desensibilización sistemática

- Combina la exposición gradual con técnicas de relajación.
- Primero, se entrena al paciente en relajación profunda (como relajación muscular progresiva) y luego se le expone a una jerarquía de estímulos ansiógenos, comenzando por los menos intensos.
- La idea es que la relajación compita con la ansiedad, reduciéndola.
 - **Ejemplo:** Para tratar la fobia a los aviones, se crea una lista jerarquizada que incluye mirar fotos de aviones, escuchar grabaciones de vuelos, visitar un aeropuerto, y finalmente volar.



Técnicas de Respiración y Relajación

Las técnicas de respiración y relajación son herramientas poderosas que pueden tener un impacto significativo en la ansiedad.

Estas técnicas no solo ayudan a manejar el estrés y la ansiedad, sino que también contribuyen al desarrollo de habilidades emocionales y sociales clave.



Técnicas de Respiración y Relajación

1. Manejo del Estrés y la Ansiedad

Reducción de la Respuesta al Estrés: La respiración profunda y las técnicas de relajación activan el sistema nervioso parasimpático, lo que ayuda a reducir la respuesta del cuerpo al estrés.

Control de la Ansiedad: Estas técnicas pueden disminuir los síntomas de ansiedad, permitiendo a los adolescentes enfrentar situaciones estresantes con mayor calma y claridad.

2. Mejora de la Conciencia y Regulación Emocional

Aumento de la Conciencia Emocional: Al centrarse en la respiración y la relajación, los adolescentes pueden volverse más conscientes de sus estados emocionales internos.

Habilidades de Regulación Emocional: Aprender a calmar el cuerpo y la mente puede ser un primer paso crucial en el manejo efectivo de las emociones intensas.

3. Fomento de la Atención y la Concentración

Mejora de la Atención: Las técnicas de respiración y relajación pueden mejorar la capacidad de concentración y atención, lo que es beneficioso tanto en el aprendizaje académico como en las interacciones sociales.

Reducción de la Distracción: Al reducir los niveles de estrés, los adolescentes pueden encontrar más fácil enfocarse en tareas y actividades.

Técnicas de Respiración y Relajación



4. Desarrollo de la Empatía y las Habilidades Sociales



Fomento de la Empatía: Al estar más relajados y conscientes, los adolescentes pueden ser más receptivos y sensibles a las emociones de los demás.



Mejora de las Relaciones Interpersonales: La capacidad de manejar el estrés y las emociones puede llevar a interacciones más positivas con los demás.



5. Promoción del Bienestar General



Mejora del Sueño: Las técnicas de relajación pueden mejorar la calidad del sueño, lo cual es crucial para el bienestar emocional y físico.



Aumento de la Resiliencia: Estas prácticas pueden ayudar a los adolescentes a desarrollar resiliencia frente a los desafíos y las presiones cotidianas.

Respiración Diafragmática o Abdominal:

- Cómo se Hace: Respira profundamente a través de la nariz, permitiendo que tu abdomen se expanda completamente. Exhala lentamente por la boca o la nariz.
- Beneficios: Reduce la respuesta al estrés y promueve la relajación.

Respiración 4-7-8:

- Cómo se Hace: Inhala por la nariz contando hasta 4, mantén la respiración durante 7 segundos, y exhala completamente por la boca durante 8 segundos.
- Beneficios: Ayuda a calmar la mente y puede ser útil para conciliar el sueño.

Respiración Alterna por la Nariz (Nadi Shodhana):

- Cómo se Hace: Cierra una fosa nasal y respira profundamente por la otra. Cambia de fosa nasal y repite.
- Beneficios: Equilibra los hemisferios del cerebro y calma la mente.

Respiración de Fuego (Kapalabhati):

- Cómo se Hace: Realiza una serie de respiraciones cortas y explosivas, enfocándose en la exhalación activa.
- Beneficios: Energizante, mejora la función pulmonar y fortalece los músculos abdominales.



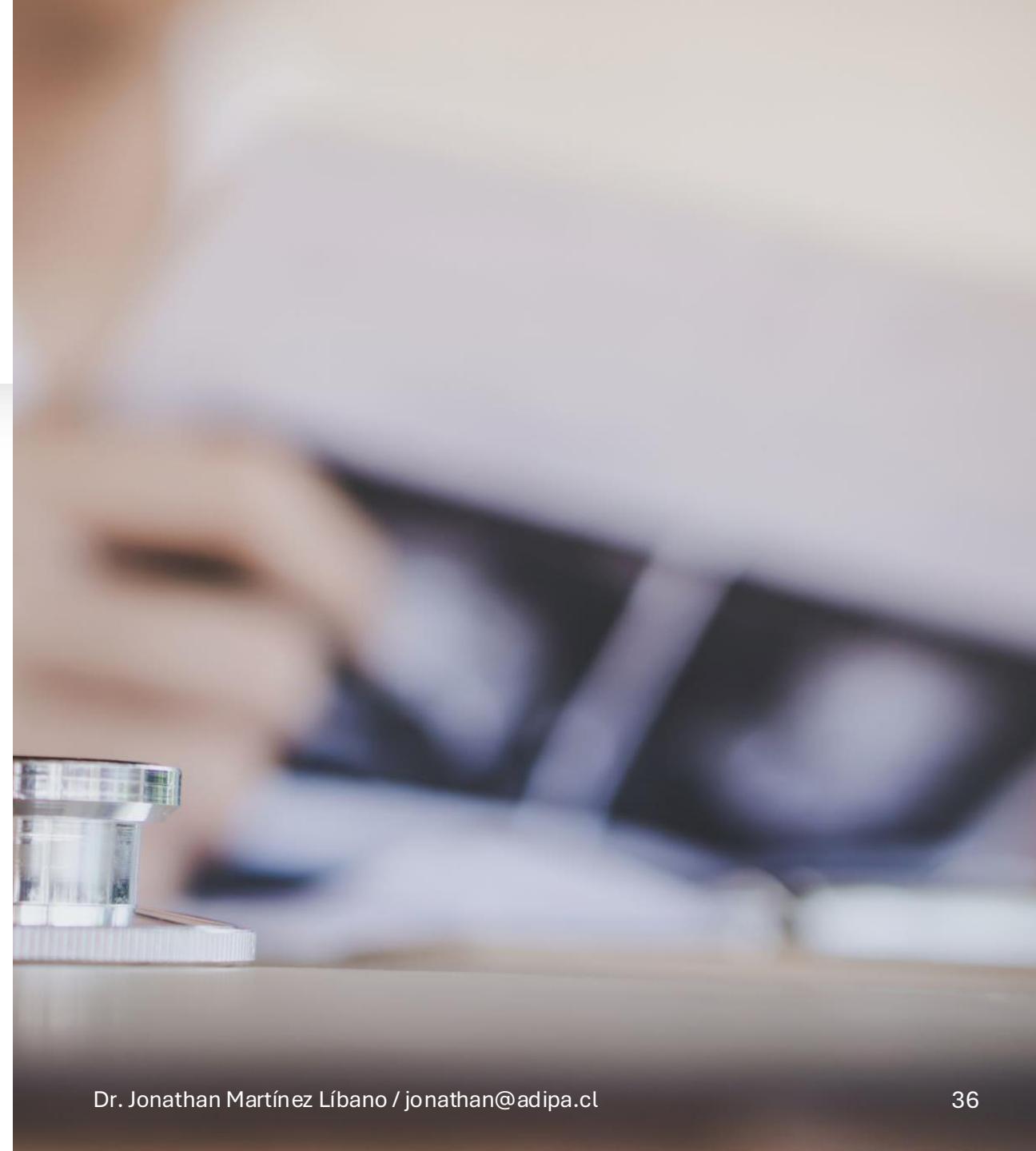
Técnicas de Relajación

- Relajación Muscular Progresiva:
 - Cómo se Hace: Tensa y relaja secuencialmente diferentes grupos de músculos en todo el cuerpo.
 - Beneficios: Reduce la tensión muscular y el estrés, mejora la conciencia corporal.
- Visualización o Imaginación Guiada:
 - Cómo se Hace: Cierra los ojos e imagina una escena pacífica y relajante. Enfócate en los detalles sensoriales de esta escena.
 - Beneficios: Promueve la relajación mental y puede ayudar a reducir la ansiedad.
- Yoga y Tai Chi:
 - Cómo se Hace: Practica secuencias de movimientos y posturas que integran la respiración y la atención plena.
 - Beneficios: Mejora la flexibilidad, reduce el estrés y aumenta la conciencia corporal.



Modelado (aprendizaje vicario)

- El paciente observa a un modelo (puede ser el terapeuta o un video) enfrentando con éxito una situación ansiógena.
- Esto reduce el miedo al mostrarle que es posible enfrentar esa situación de forma segura.
 - **Ejemplo:** Un paciente con miedo a las arañas observa cómo el terapeuta se acerca y manipula una araña sin consecuencias negativas, lo que disminuye gradualmente su ansiedad.



Prevención de respuesta

-
- Se utiliza principalmente en trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) y consiste en exponer al paciente al estímulo que le genera ansiedad sin que realice la compulsión asociada, evitando que esta última refuerce la ansiedad. Con el tiempo, la ansiedad disminuye.
 - **Ejemplo:** En un paciente con TOC que teme la contaminación y se lava las manos compulsivamente, se le expone a tocar un objeto "contaminado" y se le impide lavarse las manos.
-

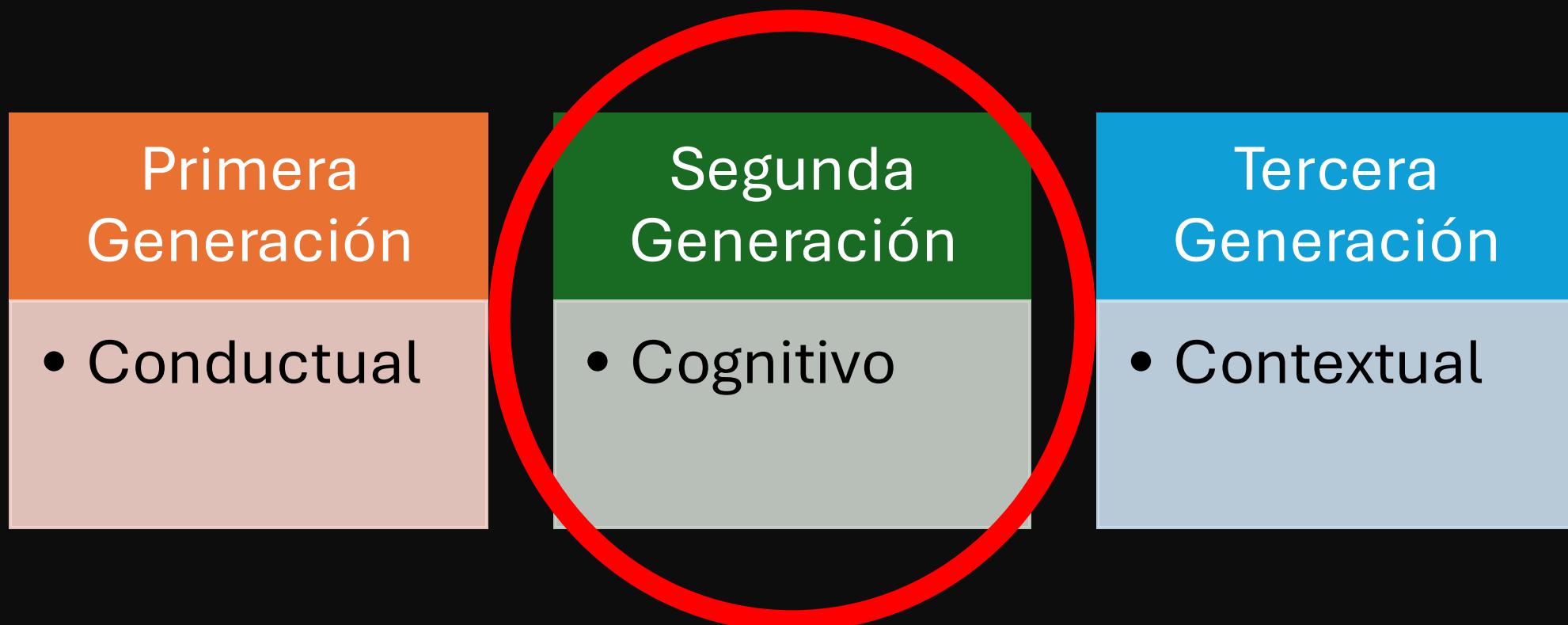


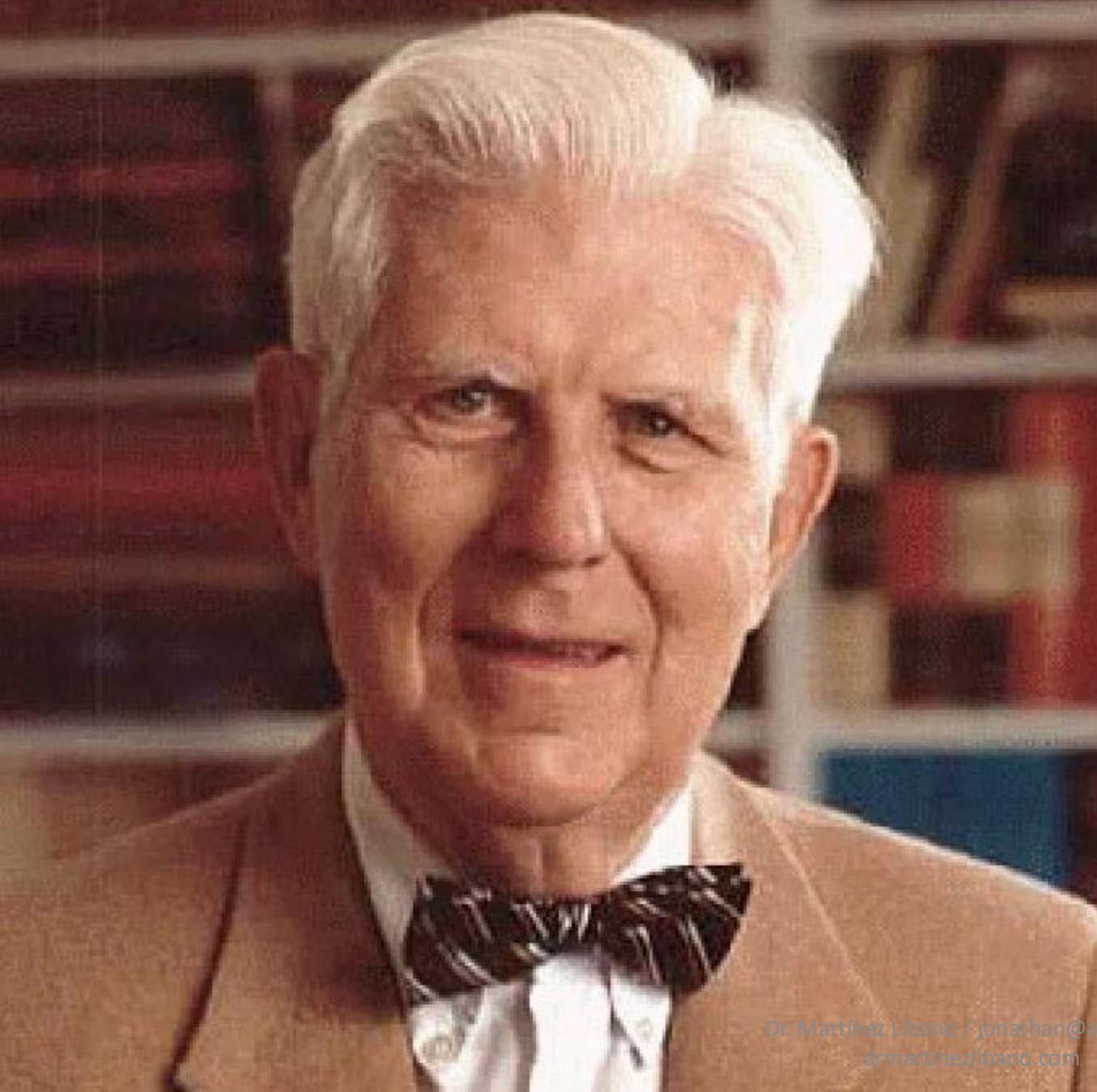
Exposición interoceptiva

- Se expone al paciente a las sensaciones físicas asociadas con la ansiedad o el pánico (p. ej., mareo, taquicardia) para desensibilizarlo a estas sensaciones y enseñarle que no son peligrosas.
 - **Ejemplo:** En un trastorno de pánico, el paciente puede girar rápidamente en una silla para experimentar mareo o correr en el lugar para inducir taquicardia, hasta que disminuya la ansiedad hacia esas sensaciones.



Diversas Técnicas



A black and white portrait of Aaron Beck, an elderly man with white hair, wearing a suit and bow tie, looking slightly to the right of the camera.

Aaron Beck:

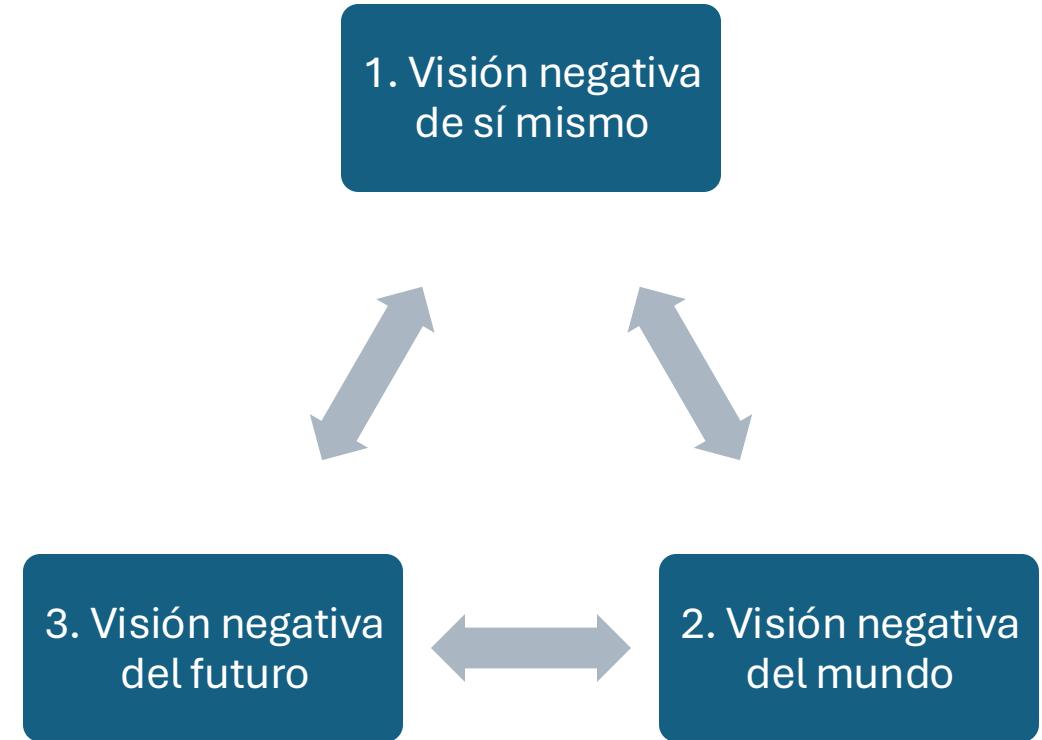
- Definió la TCC como un **tipo de psicoterapia** que se enfoca en **modificar** los patrones de **pensamiento distorsionados, creencias irrationales y comportamientos problemáticos** mediante una serie de técnicas estructuradas y directivas.
- Beck subraya la importancia de la relación entre pensamientos, emociones y comportamientos, y cómo esta interacción afecta la salud mental.

Beck, A. T. (1970). Cognitive therapy: Nature and relation to behavior therapy. *Behavior therapy*, 1(2), 184-200.

Beck, A. T. (2016). Cognitive therapy: Nature and relation to behavior therapy—republished article. *Behavior therapy*, 47(6), 776-784.

Triada Cognitiva de Beck

- La "triada cognitiva" es un concepto central en la teoría de la depresión desarrollada por Aaron Beck.
- Esta triada se refiere a tres patrones de pensamiento específicamente negativos que son típicos en las personas que sufren de depresión.
- Beck postuló que estos patrones de pensamiento distorsionado juegan un papel fundamental en el desarrollo y la perpetuación de la depresión.



A close-up portrait of Albert Ellis, an elderly man with white hair and glasses, smiling broadly. He is wearing a light-colored button-down shirt.

Albert Ellis

- Forma de psicoterapia que ayuda a los individuos a **identificar, desafiar y cambiar sus creencias irracionales y pensamientos negativos.**
- Según Ellis, estas creencias y pensamientos son a menudo la causa de problemas emocionales y de comportamiento.

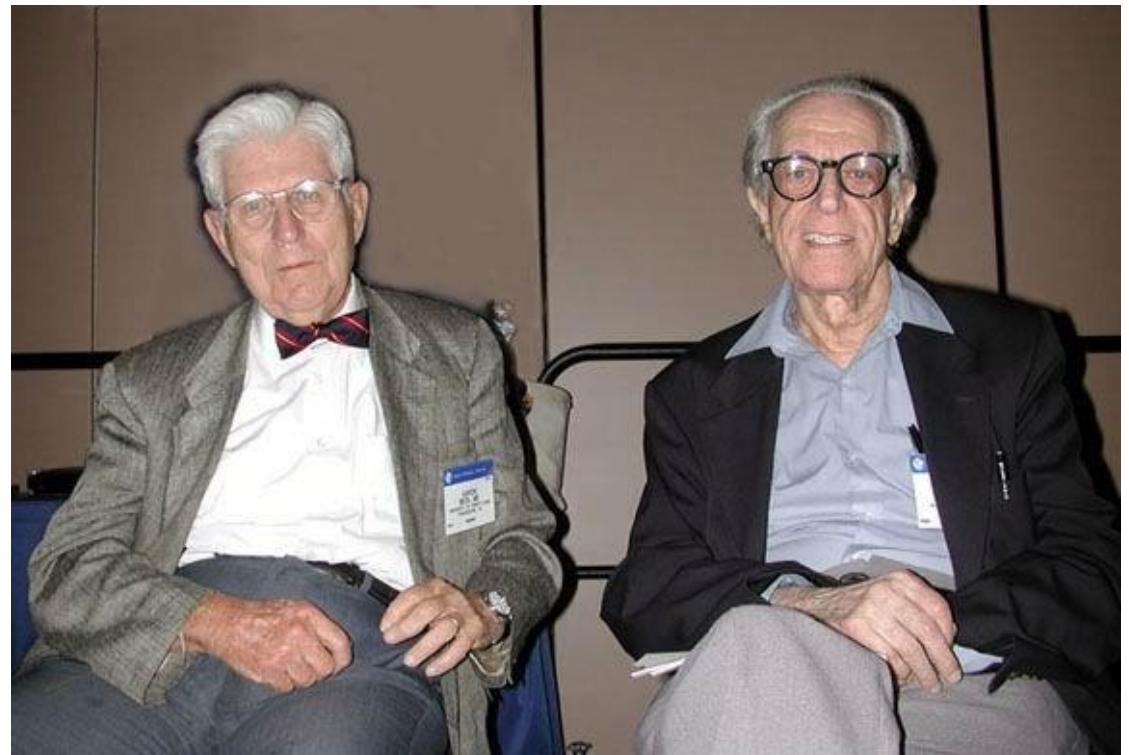
Ellis, A., David, D., & Lynn, S. J. (2010). Rational and irrational beliefs: A historical and conceptual perspective. *Rational and irrational beliefs: Research, theory, and clinical practice*, 3-22.
Ellis, A., & Dryden, W. (2007). *The practice of rational emotive behavior therapy*. Springer publishing company.

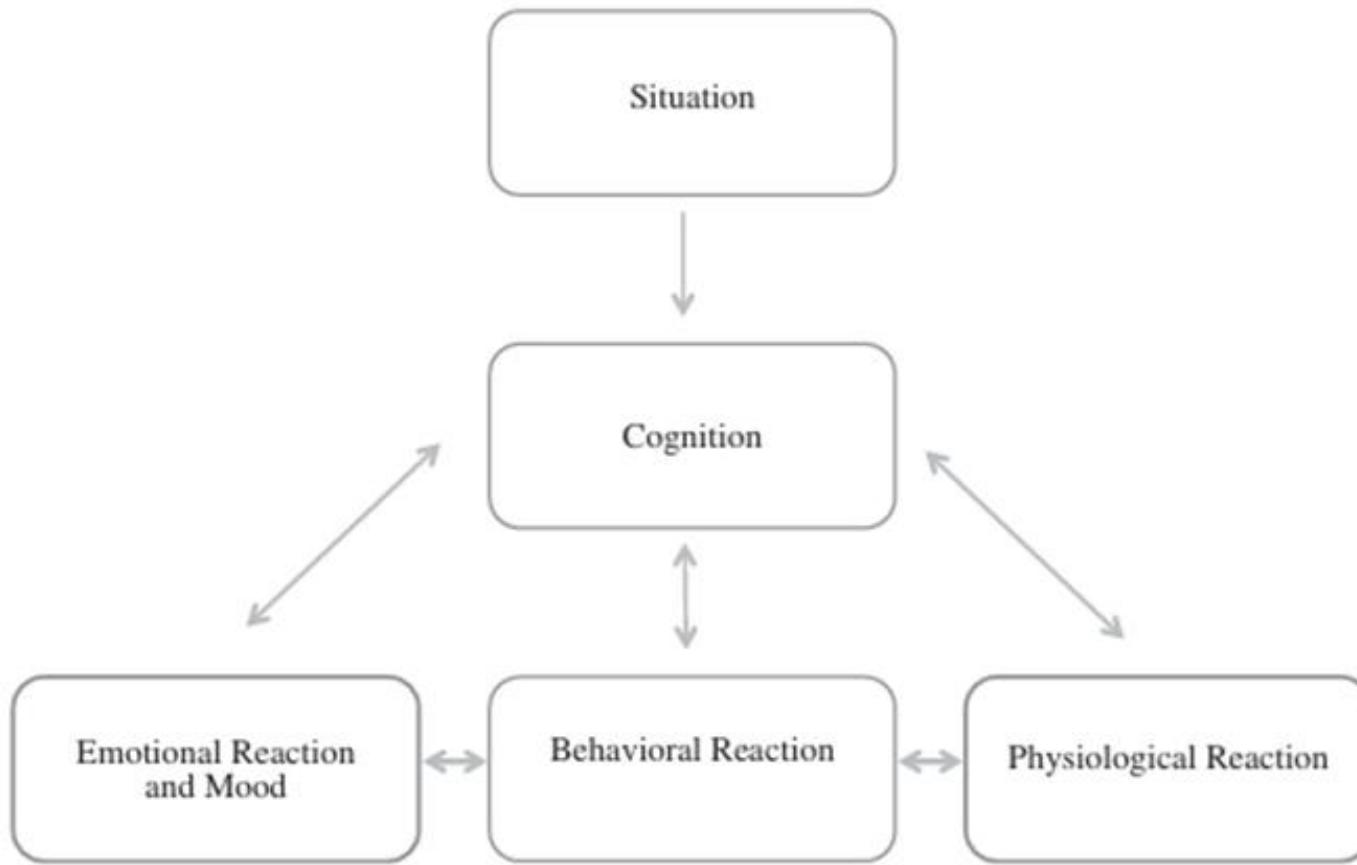


Judith Beck

- Proceso **colaborativo** entre el terapeuta y el paciente que se enfoca en las **dificultades actuales** y en la **enseñanza de habilidades específicas** para cambiar pensamientos y comportamientos negativos, y mejorar el estado emocional.

Beck, J. S. (2020). Cognitive behavior therapy: Basics and beyond. Guilford Publications.





Basic cognitive behavioral model. From *Exploring Three Approaches to Psychotherapy* (p. 132), by L. S. Greenberg, N. McWilliams, and A. Wenzel, 2014, Washington, DC: American Psychological Association. Copyright 2014 by the American Psychological Association.



- Brewin (1996) indica que se puede distinguir entre cogniciones que son relativamente accesibles a la conciencia, como los pensamientos automáticos, y las denominadas cogniciones más profundas, que son menos accesibles, como los "esquemas".

Pensamientos Automáticos / Esquemas Cognitivos

Pensamientos Automáticos:
Son cogniciones que surgen espontáneamente en respuesta a situaciones específicas.

Suelen ser breves, verbales o en forma de imágenes.

Están directamente accesibles a la conciencia; es decir, las personas suelen ser conscientes de estos pensamientos cuando se les pide que se centren en ellos.

Los pensamientos automáticos a menudo reflejan las creencias subyacentes de una persona, pero pueden no ser completamente representativos de esas creencias más profundas.

Esquemas: Son estructuras cognitivas más profundas y duraderas que influyen en cómo una persona interpreta los eventos y la información.

Los esquemas se desarrollan a lo largo del tiempo a partir de experiencias de vida y actúan como filtros o lentes a través de los cuales vemos el mundo.

Suelen ser menos accesibles a la conciencia inmediata. No siempre somos conscientes de nuestros esquemas, pero tienen un impacto significativo en nuestra percepción y comportamiento.

Los esquemas pueden incluir creencias sobre uno mismo, los demás y el mundo, y suelen ser más resistentes al cambio que los pensamientos automáticos.

Lista de Creencias Irracionales “Conociendo al enemigo”

Catastrofismo: Creer que el peor escenario posible va a ocurrir. Por ejemplo, pensar que cometer un pequeño error en el trabajo resultará en ser despedido.

Sobregeneralización: Creer que un evento negativo es parte de un patrón constante de fracaso. Por ejemplo, si algo sale mal, pensar "esto siempre me pasa".

Pensamiento Todo o Nada (Pensamiento Dicotómico): Ver las situaciones en términos extremos, sin términos medios. Por ejemplo, si no es perfecto, entonces es un desastre.

Lectura de la Mente: Creer que se sabe lo que los demás están pensando y que están pensando lo peor. Por ejemplo, pensar que otros te ven como aburrido o incompetente.

Personalización: Creer que todo gira en torno a uno mismo o que los eventos externos están directamente relacionados contigo. Por ejemplo, pensar que la mala actitud de un amigo es culpa tuya.

Debería: Utilizar "debería", "tendría que" o "debo" para establecer expectativas poco realistas para uno mismo u otros. Por ejemplo, pensar "debo ser siempre fuerte y nunca mostrar ansiedad".

Filtraje Mental (Focalización en lo Negativo): Fijarse solo en los aspectos negativos de una situación, ignorando los positivos. Por ejemplo, centrarse en una pequeña crítica e ignorar todos los elogios.

Etiquetamiento: Asignarse a uno mismo o a otros etiquetas negativas basadas en errores o percances. Por ejemplo, cometer un error y etiquetarse a sí mismo como "inútil" o "fracasado".

Exageración (Magnificación) y Minimización: Exagerar la importancia de los problemas o errores y/o minimizar la importancia de tus propios atributos positivos. Por ejemplo, magnificar la gravedad de un error menor y minimizar el significado de tus logros.

Falta de Tolerancia a la Incertidumbre: Necesidad de saber con certeza y predecir lo que sucederá, creyendo que la incertidumbre es insopportable. Por ejemplo, sentir ansiedad porque no se puede predecir el resultado de un evento futuro.

Registro de Pensamientos

Fecha/Hora	Situación	Emoción(es) Sentida(s)	Intensidad de la Emoción (0-100)	Pensamiento Automático	Evidencia que Apoya el Pensamiento	Evidencia que Desafía el Pensamiento	Pensamiento Alternativo/Más Equilibrado
30/01/2024, 10:00	Durante una reunión de trabajo	Ansiedad	70	"Voy a cometer un error y todos se reirán de mí"	Siempre me preparo bien para las reuniones	- Nunca he cometido un error grave en una reunión antes - Mis compañeros también cometen errores a veces - Me han felicitado antes por mis aportes en reuniones	"Es normal tener cierta ansiedad en reuniones. Me he preparado y puedo manejar esta situación de manera competente"

Este registro ayuda al paciente a:

Identificar la Situación: Reconocer situaciones específicas que desencadenan pensamientos y emociones negativas.

Reconocer Emociones y su Intensidad: Poner nombre a las emociones experimentadas y calificar su intensidad ayuda a entender su impacto.

Registrar Pensamientos Automáticos: Anotar los pensamientos que surgen automáticamente en estas situaciones.

Analizar la Evidencia: Desglosar la evidencia que apoya y la que desafía estos pensamientos automáticos.

Desarrollar Pensamientos Alternativos: Crear pensamientos más equilibrados y racionales basados en el análisis de la evidencia.

Diversas Técnicas

Primera
Generación

- Conductual

Segunda
Generación

- Cognitivo

Tercera
Generación

- Contextual

Tercera Generación: Terapias Contextuales o Basadas en Procesos (A partir de 1980 - 1990)

Terapia Dialéctico-Conductual (DBT)
Marsha Linehan
Finales de 1980
(publicada en 1993)

Terapia Centrada en los Esquemas (TCE)
Jeffrey E. Young
Desarrollo en los 80 y formalización en 1990

Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)
Steven C. Hayes
1986 (primer desarrollo teórico), libro principal publicado en 1999

Psicoterapia Analítico-Funcional (FAP)
Robert Kohlenberg y Mavis Tsai 1991

Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (MBCT)
Zindel Segal, Mark Williams, y John Teasdale 2000

Terapia Conductual Integral de Parejas (IBCT)
Neil S. Jacobson y Andrew Christensen 2001

Terapia Basada en la Compasión (CFT)
Paul Gilbert 2004

Activación Conductual (BA)
Neil S. Jacobson, Christopher Martelly y Sona Dimidjian
Desarrollo en la década de 1990, formalizado en 2001-2005

Tercera Generación: Terapias Contextuales o Basadas en Procesos (A partir de 1980 - 1990)



- Flexibilidad Psicológica
- Aceptación de las Experiencias Internas
- Desfusión Cognitiva
- Mindfulness o Atención Plena
- Enfoque en los Valores Personales
- Relación Terapéutica como Contexto para el Cambio
- Evitación Experiencial y Tolerancia al Malestar
- Contexto sobre Contenido
- Equilibrio entre Cambio y Aceptación

Mindfulness

El "Mindfulness", o atención plena, es una práctica que implica enfocar la conciencia en el momento presente de manera intencional y sin juzgar.

Se trata de ser plenamente consciente de tus pensamientos, emociones, sensaciones corporales y ambiente, aceptándolos tal como son.

Esta práctica tiene sus raíces en las tradiciones budistas y ha sido popularizada en Occidente en las últimas décadas.



- Este estudio realizó una revisión sistemática y un meta-análisis de ensayos controlados aleatorios para evaluar la efectividad de la reducción del estrés basada en mindfulness (MBSR) en la salud mental y el mindfulness de pacientes con diabetes.

European Child & Adolescent Psychiatry (2023) 32:1863–1872
https://doi.org/10.1007/s00787-022-02005-7

ORIGINAL CONTRIBUTION



The effectiveness of a single session of mindfulness-based cognitive training on cardiac vagal control and core symptoms in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): a preliminary randomized controlled trial

Andreea Robe^{1,2}  · Anca Dobrean^{2,3}

Received: 27 September 2021 / Accepted: 4 May 2022 / Published online: 24 May 2022
© The Author(s), under exclusive licence to Springer-Verlag GmbH Germany 2022

Abstract

This study examined the effectiveness of a mindfulness-based intervention (MBI) on Conners' continuous performance test scores (CPTs), cardiac vagal control (CVC) assessed by vagally mediated heart rate variability (HRV), and mood in children and adolescents with ADHD. We conducted a randomized controlled trial (RCT) recruiting 70 children and adolescents (M age 11.03, SD 2.78) with a clinical diagnosis of ADHD, which were allocated to either 1 session of mindfulness cognitive training, or an active control condition and were examined at baseline, post-treatment and 4-week follow-up. See clinicaltrials.gov: NCT04316832. There was a significant main effect of time on the primary outcomes measured by CPT scores of attention-related problems (omission errors, reaction time) and hyperactivity–impulsivity (commission errors). However, time-by-group interaction did not achieve statistical significance for commission errors and hit RT, indicating that the changes over time in these outcomes were not significantly different between the MBI and Control conditions. In addition, there was a significant time-by-group interaction for omission errors. Relative to control, MBI resulted in a small ($d=0.011$) non-statistically significant reduction in omission errors post-treatment. Furthermore, there were no significant differences in detectability. Secondary outcomes were CVC and mood. A small treatment effect on CVC ($d=0.37$) was observed; there was a slight increase in vagally mediated HRV measure post-treatment. There were no significant differences in mood improvement over time between conditions. One brief session of MBI effectively enhances CVC but does not significantly improve CPT scores of attention-related problems and hyperactivity–impulsivity or mood in children with ADHD.

Clinicaltrials.gov: NCT04316832.

Received: 15 January 2023 | Accepted: 16 February 2023
DOI: 10.1111/aphw.12441

REVIEW ARTICLE



The effectiveness of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on the mental health, HbA1C, and mindfulness of diabetes patients: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials

Virginia Fisher¹ | Wendy Wen Li¹  | Usman Malabu^{1,2}

¹James Cook University, Townsville, Australia

²Townsville University Hospital, Townsville, Australia

Correspondence

Wendy Wen Li, James Cook University, Townsville, Australia.
Email: wendy.li@jcu.edu.au

Abstract

The clinically standardised mindfulness-based stress reduction (MBSR) has been utilised as an intervention for improving mental health among diabetes patients. The present study aimed to assess the effectiveness of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on the mental health, haemoglobin A1c (HbA1C), and mindfulness of diabetes patients. A systematic review and meta-analysis approach was employed to review randomised controlled trials published in the English language between the inception of eight databases to July 2022. Eleven articles from 10 studies, with a combined sample size of 718 participants, were included in the systematic review, and nine studies were included

- Este estudio evaluó la efectividad de una intervención basada en mindfulness en niños y adolescentes con TDAH. Se observó un efecto pequeño pero significativo en el control vagal cardíaco, aunque no se encontraron mejoras significativas en los síntomas de atención y la hiperactividad-impulsividad.

Ejercicio: Respiración Consciente

- Objetivo: Este ejercicio ayuda a los adolescentes a centrarse en el momento presente y a reducir el estrés a través de la respiración consciente.
- Duración: Aproximadamente 5-10 minutos.
- Pasos:
- Preparación:
- Encuentra un lugar tranquilo y cómodo para sentarse o acostarse.
- Pide a los adolescentes que apaguen sus dispositivos electrónicos o los pongan en modo silencio para evitar distracciones.
- Instrucciones Iniciales:
- Explica que van a enfocarse en su respiración, observando cada inhalación y exhalación sin intentar cambiarla.
- Menciona que es normal que la mente divague y que, cuando esto ocurra, simplemente deben notarlo y volver a enfocarse en su respiración.



Respiración Consciente



Comenzar la Práctica:

Pide a los adolescentes que cierren los ojos suavemente si se sienten cómodos haciéndolo.

Guíalos para que tomen conciencia de su postura y relajen cualquier tensión en su cuerpo.



Enfocarse en la Respiración:

Instrúyelos para que presten atención a cómo se siente el aire al entrar y salir de sus narices o cómo se mueve su pecho o abdomen al respirar.

Anímalos a observar las sensaciones de cada respiración sin intentar controlarla.



Mantener la Atención:

Continúa con esta práctica durante varios minutos, recordándoles que si su mente divaga, simplemente noten esto y vuelvan a enfocarse en su respiración.



Conclusión del Ejercicio:

Después de 5-10 minutos, pídeles que tomen una respiración más profunda y, al exhalar, que tomen conciencia nuevamente del entorno.

Pueden abrir los ojos y moverse suavemente para terminar la práctica.



Reflexión: Invita a los adolescentes a compartir cómo se sintieron durante el ejercicio, qué desafíos encontraron y si notaron algún cambio en su estado de ánimo o nivel de estrés.

¿Qué es la Terapia Aceptación Compromiso?



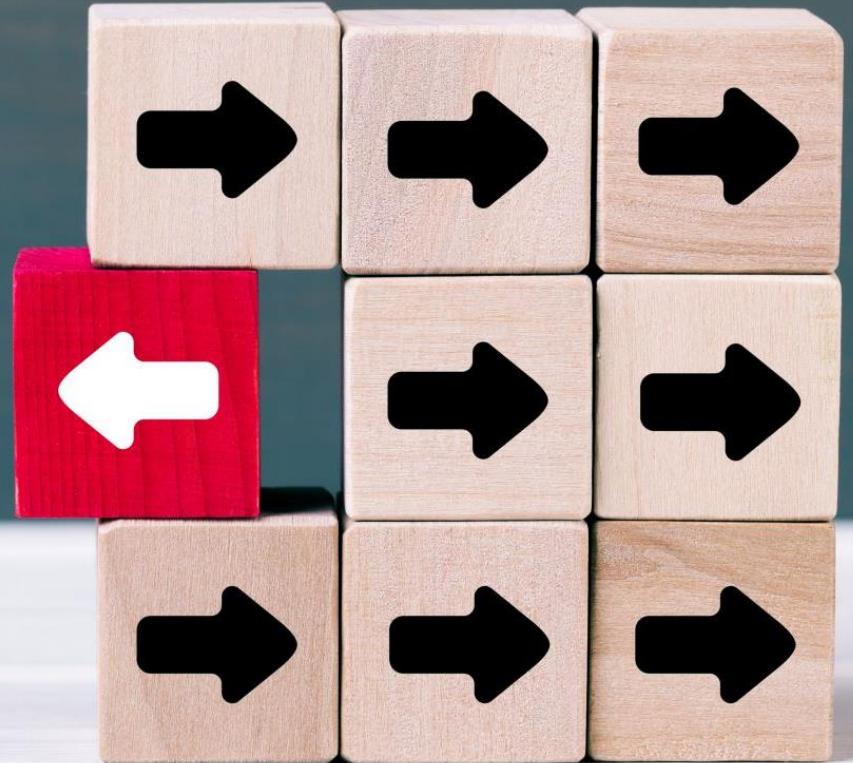
La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT, por sus siglas en inglés) es un tipo de psicoterapia que se enfoca en ayudar a las personas a vivir una vida más plena y significativa, incluso en presencia de dolor, malestar o dificultades.



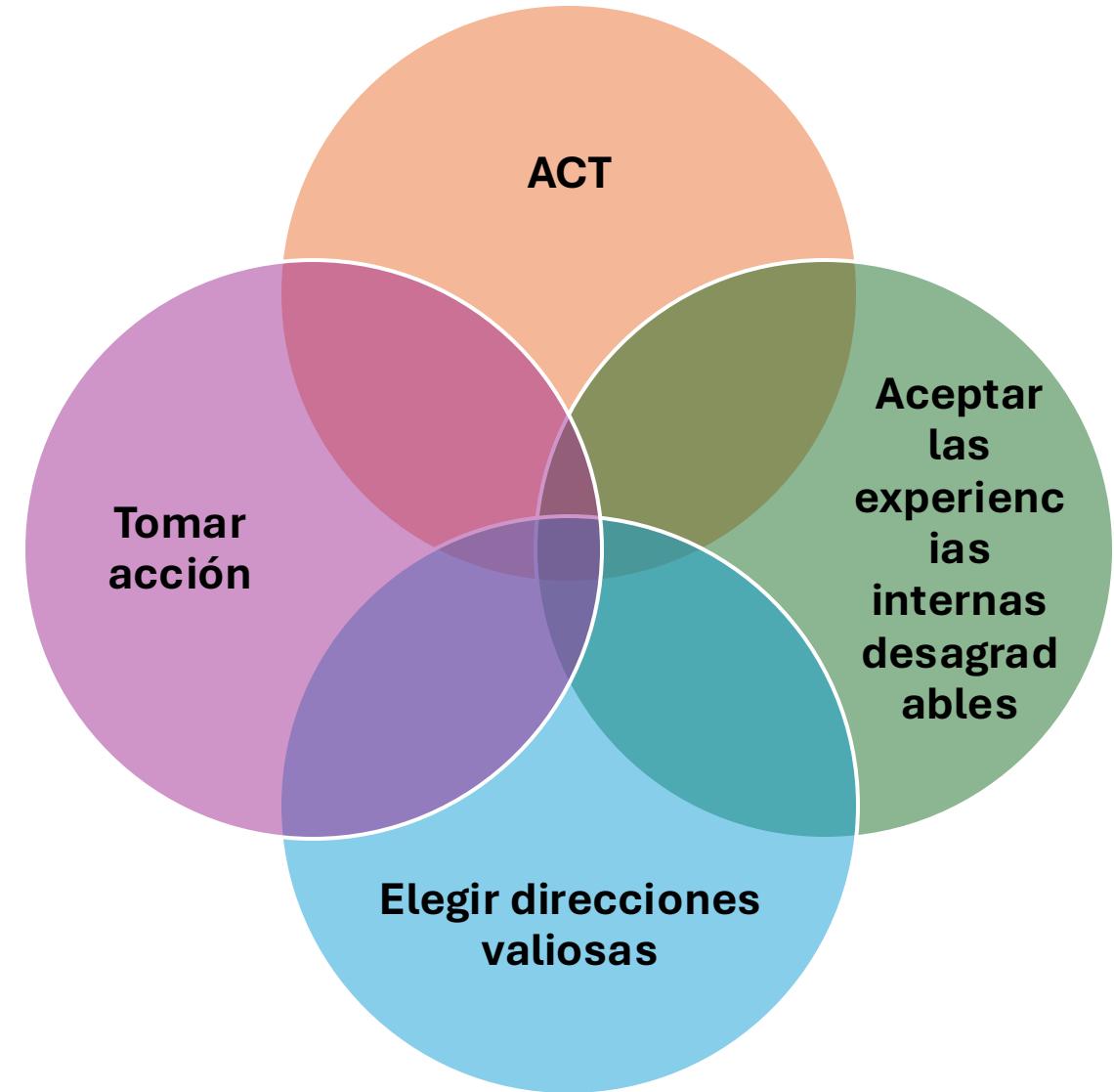
Se basa en la idea de que luchar contra las experiencias internas negativas a menudo puede empeorarlas, y en su lugar, se centra en aceptar estas experiencias y comprometerse con acciones que estén alineadas con los valores personales.



El objetivo principal de la ACT es aumentar la flexibilidad psicológica, permitiendo a las personas vivir una vida más plena y significativa, aun cuando experimenten dificultades psicológicas.



La ACT se basa en:



Flexibilidad Psicológica

- Se refiere a la capacidad de una persona para **adaptarse a las circunstancias cambiantes**, permanecer en contacto con el momento presente, aceptar las experiencias internas difíciles (pensamientos, emociones, recuerdos) y actuar en función de sus **valores** a pesar del malestar o los obstáculos emocionales.

¡La Flexibilidad Psicológica como Meta!



En términos simples, la flexibilidad psicológica implica ser capaz de **elegir conscientemente** nuestras acciones, **en lugar de actuar automáticamente o guiados por pensamientos y emociones incómodos.**



Una persona con mayor flexibilidad psicológica no necesita controlar o evitar su malestar para vivir una vida significativa, sino que aprende a **convivir con el dolor inevitable** mientras sigue avanzando en lo que realmente le importa

La flexibilidad psicológica es esencial

Dr. Martínez Líb



El sufrimiento es inevitable: Todos enfrentamos pensamientos difíciles, emociones incómodas y situaciones desafiantes. Intentar evitar o controlar el malestar suele aumentar el sufrimiento.

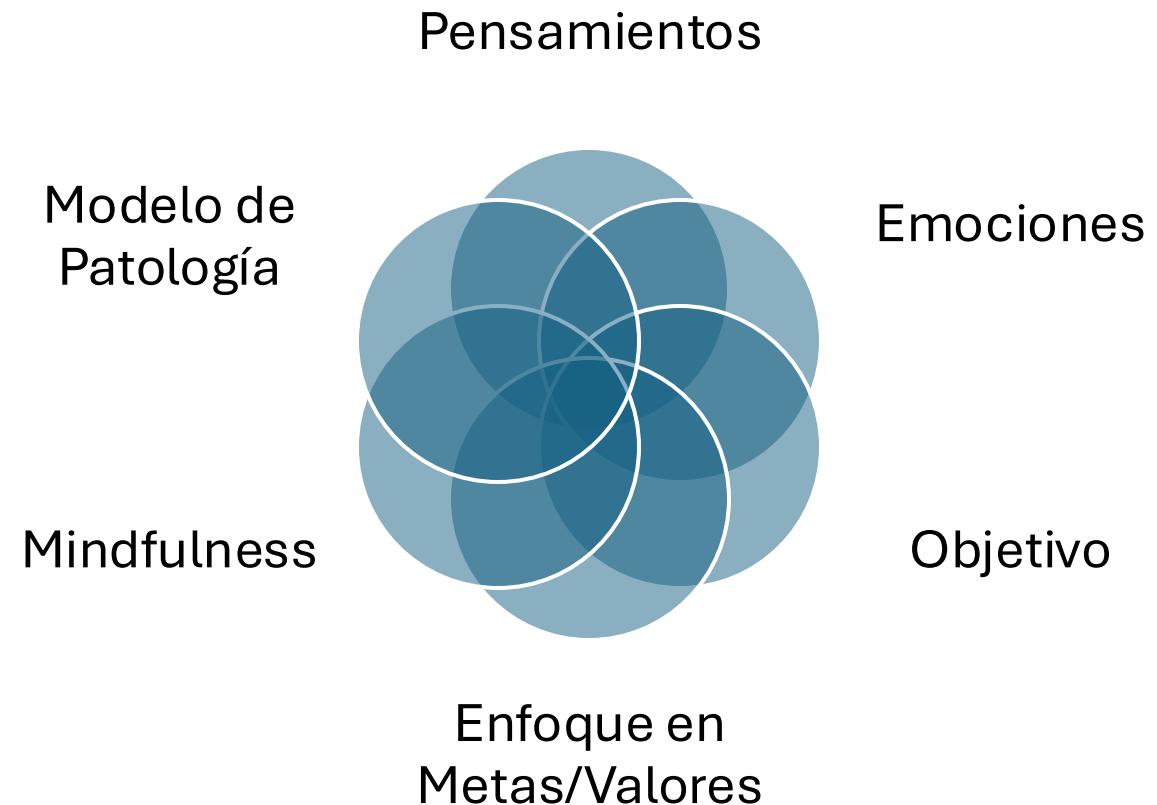


Evitar experiencias difíciles limita la vida: Cuando nos esforzamos por evitar el dolor o las emociones incómodas, terminamos restringiendo nuestras acciones y desconectándonos de lo que es importante para nosotros.



Favorece la resiliencia: Las personas con mayor flexibilidad psicológica **pueden adaptarse mejor** a las situaciones difíciles, enfrentando el dolor inevitable sin dejar que controle su comportamiento.

!!!!La ACT es Única!!!!



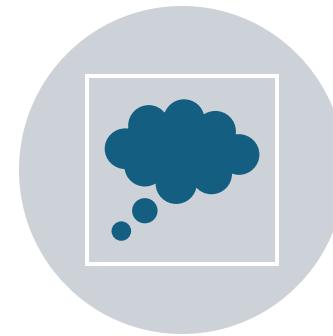
Enfoque en la Modificación vs Aceptación de Pensamientos



TCC de Segunda Generación:

Se parte de la idea de que los pensamientos irracionales, disfuncionales o negativos generan emociones problemáticas y conductas poco adaptativas.

El objetivo es **identificar, evaluar y modificar esos pensamientos**, reemplazándolos por pensamientos más racionales o funcionales. *Ejemplo:* Si una persona tiene el pensamiento “soy un fracaso”, se le enseña a cuestionarlo (“¿Qué evidencia tengo de que esto sea cierto?”) y a reemplazarlo por algo más útil (“He tenido éxitos antes; puedo mejorar”).



ACT:

No se intenta cambiar el contenido de los pensamientos, sino **cambiar la forma en que las personas se relacionan con esos pensamientos**.

ACT promueve la **desfusión cognitiva**, es decir, ver los pensamientos como simples eventos mentales, sin necesariamente darles credibilidad ni intentar reemplazarlos.

Ejemplo: Si surge el pensamiento “soy un fracaso”, ACT enseña a notar: “Estoy teniendo el pensamiento de que soy un fracaso”, y permitir que ese pensamiento esté presente sin que determine la conducta.

Control de Emociones vs Aceptación del Malestar



TCC de Segunda Generación:

El malestar emocional es visto como algo problemático que debe ser **reducido o eliminado** para mejorar el bienestar del paciente. Las técnicas buscan ayudar al paciente a disminuir emociones como la ansiedad o la depresión, por ejemplo, mediante la reestructuración cognitiva o la exposición gradual.



ACT:

Parte de la idea de que **el sufrimiento forma parte inevitable de la experiencia humana**. En lugar de intentar eliminar el malestar emocional, **ACT enseña aceptación**, es decir, abrirse a las emociones difíciles sin luchar contra ellas ni intentar controlarlas. El enfoque está en **vivir una vida significativa a pesar del malestar**.

Ejemplo: En lugar de buscar eliminar la ansiedad social, ACT invita a la persona a aceptar la ansiedad como parte del proceso y seguir participando en actividades sociales porque estas son valiosas para ella.

Cambios en el Contenido Mental vs Flexibilidad Psicológica



TCC de Segunda Generación:

La TCC clásica pone mucho énfasis en **cambiar el contenido de los pensamientos y creencias irracionales o disfuncionales** para que la persona mejore su estado emocional y su comportamiento.

Ejemplo: Identificar distorsiones cognitivas (como “pensamiento catastrófico”) y corregirlas para generar pensamientos más realistas.



ACT:

ACT tiene como objetivo **desarrollar flexibilidad psicológica**, es decir, la capacidad de actuar de manera coherente con los propios **valores**, incluso en presencia de pensamientos y emociones incómodas. No busca cambiar el contenido de los pensamientos, sino ayudar a las personas a **no quedar atrapadas en ellos** y elegir acciones alineadas con lo que es importante en su vida.

Orientación a Metas vs Orientación a Valores



TCC de Segunda Generación:

Las TCC clásicas suelen enfocarse en **establecer metas concretas** y medir el progreso hacia su consecución. Por ejemplo, se establecen objetivos como “reducir los niveles de ansiedad en un 50%” o “volver al trabajo después de tres semanas”.



ACT:

En ACT, el foco no está tanto en alcanzar metas específicas, sino en **actuar en coherencia con los valores personales**. Los valores son direcciones que guían la vida y **nunca se completan**, a diferencia de las metas. Por ejemplo, en lugar de establecer la meta de "eliminar la ansiedad", ACT se centra en **cómo vivir de acuerdo con los valores personales, como la amistad o el crecimiento personal, incluso en presencia de ansiedad**.

Relación con el Momento Presente (Mindfulness)



TCC de Segunda Generación:

Aunque la TCC clásica no ignora el presente, **se enfoca más en cambiar los pensamientos disfuncionales** que surgen sobre el pasado o el futuro. La reestructuración cognitiva tiene como objetivo mejorar la interpretación de los eventos, lo que implica analizar y trabajar sobre los pensamientos.



ACT:

ACT tiene un componente fuerte de **mindfulness o conciencia plena**, que implica conectar con el **momento presente** sin juzgar ni analizar. La idea es aprender a **estar presente** con lo que ocurre aquí y ahora, en lugar de quedar atrapado en rumiaciones sobre el pasado o anticipaciones del futuro.

Modelo de Patología: Evitación Experiencial vs Distorsiones Cognitivas

TCC de Segunda Generación:

La TCC tradicional asume que los problemas emocionales y conductuales surgen de **distorsiones cognitivas o creencias irracionales** que deben ser corregidas. El objetivo es enseñar al paciente a pensar de manera más realista y funcional para que experimente menos sufrimiento.

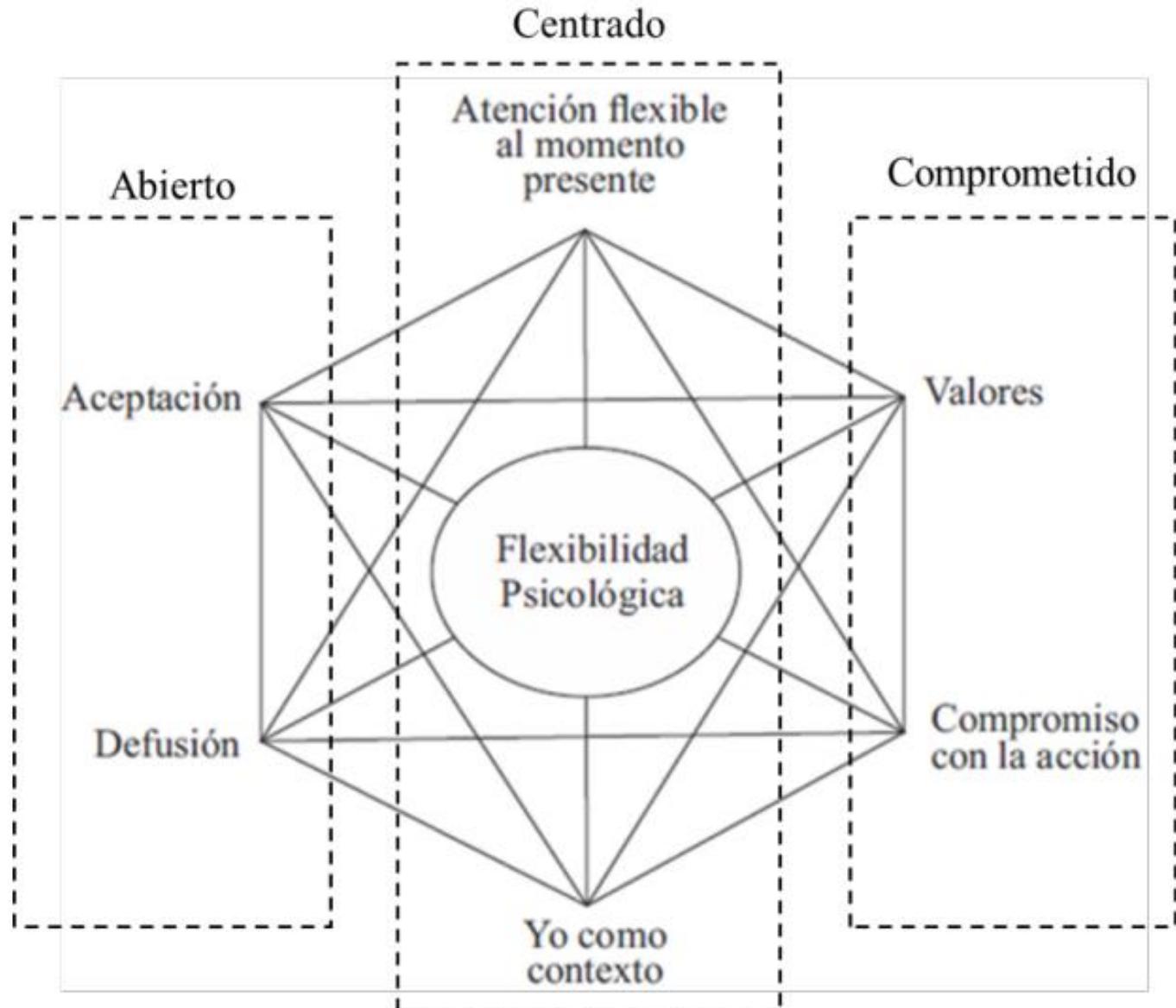
ACT:

ACT entiende que gran parte **del sufrimiento humano se debe a la evitación experiencial**, es decir, el **intento constante de evitar o controlar** pensamientos, emociones o sensaciones difíciles. Este esfuerzo por evitar el malestar es lo que genera más sufrimiento. Por tanto, el objetivo de ACT no es cambiar los pensamientos o emociones, **sino aprender a convivir con ellos y actuar en función de los valores.**

Steven Hayes

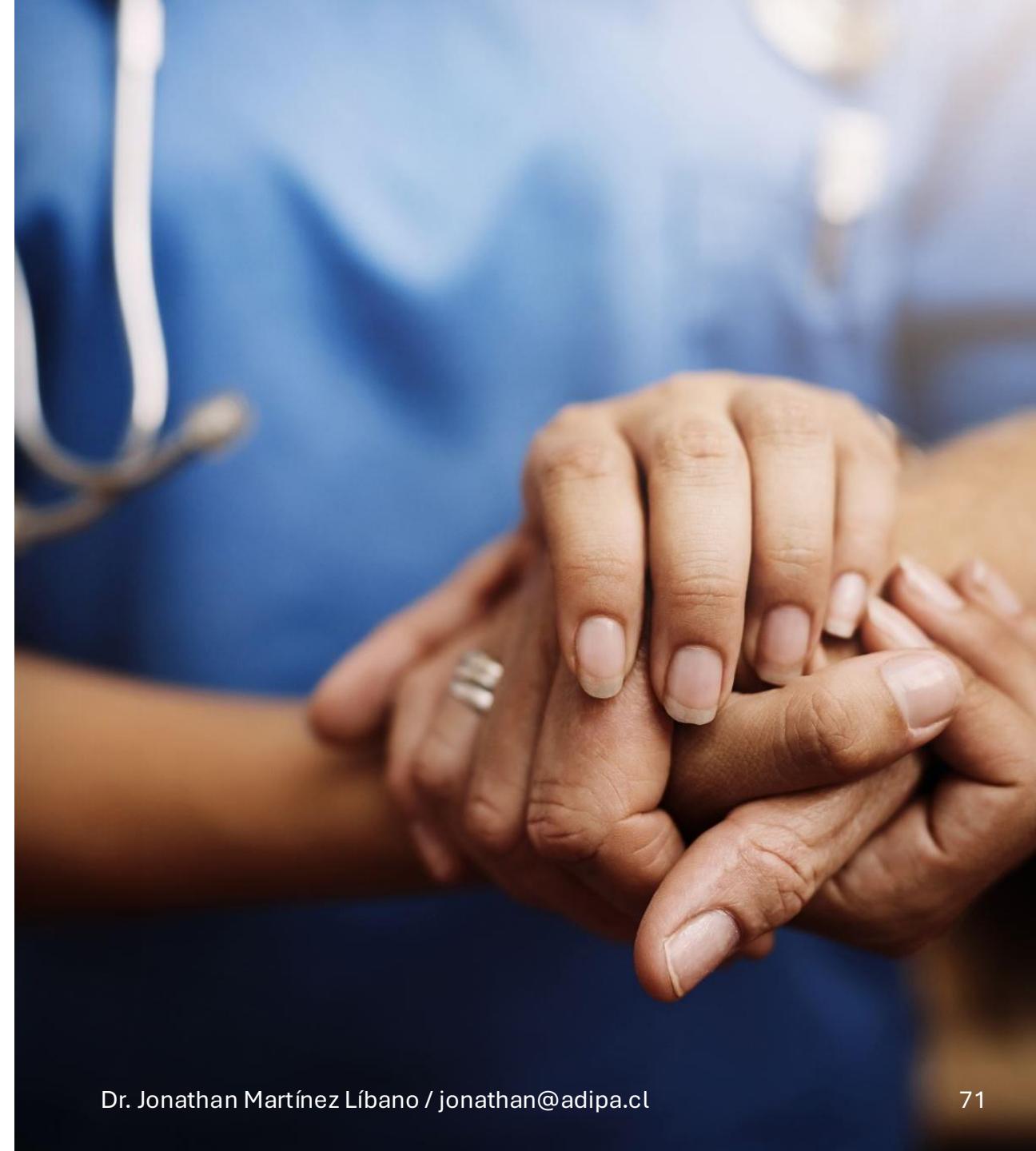
- Psicólogo clínico estadounidense, conocido por su destacada labor en el desarrollo tanto de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) como de la Teoría del Marco Relacional (RFT) se desempeña como profesor de Psicología en la Universidad de Nevada, Reno.





Aceptación

- Consiste en invitar al paciente a abrirse a las emociones y sensaciones ansiosas, en lugar de evitarlas o luchar contra ellas. Se busca que el paciente experimente estas emociones tal como son (molestas, pero no peligrosas) y que las observe como parte del flujo natural de la experiencia humana.
 - **Ejemplo:** En lugar de evitar la ansiedad que surge antes de una presentación, se trabaja para que el paciente acepte la sensación de nerviosismo y continúe con la presentación a pesar de ella.



Defusión cognitiva

- Ayuda al paciente a separarse de los pensamientos ansiosos, viéndolos como palabras o eventos mentales, no como hechos que deben controlarlo.
- Se utilizan ejercicios que desacreditan el poder literal del lenguaje, reduciendo el impacto de pensamientos angustiosos.
 - **Ejemplo:** Si un paciente tiene el pensamiento "No puedo hablar en público porque me voy a equivocar", podría repetir la frase en voz alta hasta que pierda su sentido literal, cantarla con una melodía infantil, o decir: "Estoy teniendo el pensamiento de que no puedo hablar en público".



Clarificación de valores



En ACT, se trabaja para identificar los valores más importantes del paciente, que servirán como guía para sus acciones.



Esto ayuda a que el paciente deje de tomar decisiones basadas en la evitación de la ansiedad y comience a actuar de manera coherente con lo que realmente le importa.

Ejemplo: Un paciente con ansiedad social puede identificar que valora profundamente la amistad y las relaciones auténticas, lo que lo motiva a enfrentar situaciones sociales incómodas en lugar de evitarlas.

Metáforas terapéuticas

- **Explicación:** Se utilizan metáforas para ayudar al paciente a entender conceptos complejos, como la aceptación, la defusión o la lucha inútil contra la ansiedad. Las metáforas facilitan el cambio de perspectiva y promueven una mayor flexibilidad psicológica.
- **Ejemplo:** La metáfora del "quicksand" (arenas movedizas): "Si caes en arenas movedizas y luchas, te hundes más. Si te relajas y dejas de luchar, flotarás". Esto ilustra cómo luchar contra la ansiedad puede empeorarla, mientras que aceptar y permitir la experiencia puede ser más útil.



Compromiso con la acción

- Se trata de establecer metas específicas y planificar acciones concretas que estén alineadas con los valores del paciente, incluso si estas generan ansiedad.
- En lugar de esperar a "sentirse bien" para actuar, el compromiso implica avanzar hacia lo significativo **a pesar** de la ansiedad.
- **Ejemplo:** Un paciente que valora su desarrollo profesional puede comprometerse a asistir a reuniones importantes en el trabajo, aunque le generen ansiedad, y trabajar en pequeños pasos para mantenerse enfocado en sus metas.



Invitaciones Finales

- Revisar Cursos TCC
- Invitación a leer últimos artículos publicados:
- **Grooming Risk Factors in Adolescents with Abuse Histories: Insights from Chilean Reparative Programs**
- <https://www.mdpi.com/2673-7051/5/1/3>

The screenshot shows the homepage of the journal 'adolescents'. At the top left is the journal logo with a hand holding a pencil writing on a clipboard. Below it are buttons for 'Submit to Adolescents' and 'Review for Adolescents'. To the right is a large image of two young men, one in a white t-shirt and one in a medical mask, looking at a tablet. Below the image is the title of an article: "'I Had No Idea about This:' A Mixed-Methods Exploration of Sexual Health and HIV Prevention Needs among Black Youth in a Southern City'. To the right of the image is a section titled 'Adolescents' with a brief description of the journal's focus on adolescent development and health sciences. Further down are sections for 'Journal Menu' (with links to Home, Aims & Scope, Editorial Board, etc.), 'Journal Browser' (with dropdown menus for volume and issue), 'Highly Accessed Articles' (with a small preview image), and 'Latest Articles' (listing the article mentioned above). On the right side of the page, there is a sidebar for 'E-Mail Alert' where users can enter their email address to receive forthcoming issues, and sections for 'News' (with recent updates like 'MDPI's Newly Launched Journals in December 2024') and 'Topics' (with a 'Propose a Topic' button and a list of topics including 'Topic in Adolescents, Education Sciences, Encyclopedia, Social Sciences, Societies Organized Out-of-School STEM Education').

- Martínez-Libano, J., & Yeomans-Cabrera, M. M. (2024, October). Depression, anxiety, and stress in the Chilean Educational System: children and adolescents post-pandemic prevalence and variables. In *Frontiers in Education* (Vol. 9, p. 1407021). Frontiers Media SA.
- <https://www.frontiersin.org/journals/education/articles/10.3389/feduc.2024.1407021/full>

frontiers

About us ▾ All journals All articles Submit your research

Frontiers in Education Sections ▾ Articles Research Topics Editorial board About journal ▾

ORIGINAL RESEARCH article

Front. Educ., 17 October 2024
Sec. Mental Health and Wellbeing in Education
Volume 9 - 2024 | <https://doi.org/10.3389/feduc.2024.1407021>

This article is part of the Research Topic Students' Social and Emotional Skills in Educational Settings [View all 18 articles >](#)

Depression, anxiety, and stress in the Chilean Educational System: children and adolescents post-pandemic prevalence and variables

 Jonathan Martínez-Libano¹  María-Mercedes Yeomans-Cabrera^{2*}

¹ Facultad de Educación y Ciencias Sociales, Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile
² Facultad de Salud y Ciencias Sociales, Universidad de Las Américas, Santiago, Chile

The mental health of children and adolescents in the Chilean Educational System (ChES) has become a severe post-pandemic public health problem. This cross-sectional study, which included 1,174 children and adolescents from five Chilean regions, used the DASS-21 scale, focusing on determining the prevalence of depression, anxiety, and stress, as well as identifying associated risk factors. The results exposed a high prevalence of depression, anxiety, and stress (60.2%, 63.6%, and 50.2%, respectively). Risk factors for depression involve being female, having separated parents, being in high school, having a cell phone, difficulty sleeping, ruminative thoughts, and low self-esteem. For anxiety, factors included being female, being 12 years old, owning a cell phone, having sleep problems, having ruminations, having low self-esteem, and being an atheist. For stress, factors were identified as being female, owning a cell phone, sleep problems, ruminations, low self-esteem, being atheist, as well as extensive use of social networks. The research underscores the urgent need for intervention by educational authorities, given the marked deterioration in the mental health of children and adolescent students in the ChES, to prevent long-term consequences.

FIN

**Intervenciones Cognitivo-Conductuales
para la Ansiedad: Estrategias Eficaces
en la Práctica Clínica**



Dr. Jonathan Martínez Líbano

Doctor en Psicología Clínica y de la Salud
Terapeuta Cognitivo Conductual

Jonathan@adipa.cl

