

Seminario Fundamentos y Aplicaciones Clínicas de la Terapia Cognitivo- Conductual

Dr. Jonathan Martínez Líbano
Psicólogo Clínico TCC
Académico e Investigador

Jonathan@adipa.cl

<https://drmartinezlibano.com/>

2024



Objetivos de Hoy!

- Salud Mental Actual

- Terapia Cognitivo Conductual

- Fundamentos y Estrategias

- Tipos de TCC

- Técnicas Especificas

- Recomendaciones.

- Invitaciones finales





Informe anual del Ministerio de Salud de Chile

• El informe anual del Ministerio de Salud de Chile (2021), sobre el estado de la salud mental en el país entrega información sobre la prevalencia de algunos trastornos de salud mental:

- Depresión mayor: 17,6%
- Ansiedad generalizada: 7,3%
- Trastorno bipolar: 1,5%
- Trastornos por consumo de alcohol: 10,8%
- Trastornos por consumo de drogas: 0,9%
- Esquizofrenia: 0,4%
- Trastornos de personalidad: 2,4%

Ministerio de Salud de Chile (2021). Informe anual 2020: estado de la salud mental en Chile. Disponible en: <https://www.minsal.cl/informe-anual-2020-estado-de-la-salud-mental-en-chile>



American Psychological Association

941.910 seguidores

6 días · 🌐

As the mental health crisis continues, many psychologists are working at the limits of their capacity, according to APA's 2023 Practitioner Pulse Survey.

...ver más

[Ver traducción](#)

56%

of psychologists report having no openings for new patients



APA 2023 Practitioner Pulse Survey



Variables socioemocionales post-pandemia Depresión

TABLE 3 Coefficients, statistical significance, and odds ratio of the predictors of depression studied.

	B	S.E.	Wald	df	p-value	AOR	95% C.I. for AOR	
							Lower	Upper
Women	0.420	0.158	7.042	1	0.008	1.521	1.116	2.074
Sexual minority	0.762	0.183	17.242	1	0.000	2.142	1.495	3.069
Adolescents	0.222	0.177	1.579	1	0.209	1.249	0.883	1.766
Adults	-0.172	0.234	0.540	1	0.462	0.842	0.532	1.332
No children	0.507	0.204	6.201	1	0.013	1.661	1.114	2.475
Exclusively studying	0.256	0.152	2.819	1	0.093	1.292	0.958	1.741
Alcohol use	0.036	0.158	0.051	1	0.821	1.037	0.760	1.414
Marijuana use	0.579	0.193	8.976	1	0.003	1.785	1.222	2.607
Prescription drug use	0.523	0.209	6.279	1	0.012	1.687	1.121	2.541
Constant	-1.350	0.398	11.498	1	0.001	0.259		

Martínez-Líbano, J., Torres-Vallejos, J., Oyanedel, J. C., González-Campusano, N., Calderón-Herrera, G., & Yeomans-Cabrera, M. M. (2023). Prevalence and variables associated with depression, anxiety, and stress among Chilean higher education students, post-pandemic. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1139946.

Check for updates

OPEN ACCESS

EDITED BY
 Gaia Sampogna,
 University of Campania "L. Vanvitelli",
 Italy

REVIEWED BY
 Rikinkumar S. Patel,
 Duke University Medical Center,
 United States
 Habib Nawaz Khan,
 University of Science and Technology Bannu,
 Pakistan

*CORRESPONDENCE
 María-Mercedes Yeomans-Cabrera
 ✉ mmyeomans@outlook.com

SPECIALTY SECTION
 This article was submitted to
 Public Mental Health,
 a section of the journal
 Frontiers in Psychiatry

RECEIVED 08 January 2023
 ACCEPTED 09 March 2023
 PUBLISHED 30 March 2023

CITATION
 Martínez-Líbano J, Torres-Vallejos J,
 Oyanedel JC, González-Campusano N,
 Calderón-Herrera G and Yeomans-Cabrera
 M-M (2023) Prevalence and variables
 associated with depression, anxiety, and stress
 among Chilean higher education students,
 post-pandemic.
Front. Psychiatry 14:1139946.
 doi: 10.3389/fpsy.2023.1139946

COPYRIGHT
 © 2023 Martínez-Líbano, Torres-Vallejos

Prevalence and variables associated with depression, anxiety, and stress among Chilean higher education students, post-pandemic

Jonathan Martínez-Líbano¹, Javier Torres-Vallejos¹,
 Juan C. Oyanedel¹, Nicol González-Campusano²,
 Gilda Calderón-Herrera² and
 María-Mercedes Yeomans-Cabrera^{2*}

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

Background: Mental health among university students is a public health problem in Chile, understanding that this population is susceptible to mental disorders.

Objective: The present study aimed to determine the prevalence and variables influencing depression, anxiety, and stress in Chilean university students.

Method: A representative sample (n=1,062) of Chilean university students and a cross-sectional study design were used. Bivariate analysis and multiple logistic regression were performed to identify risk factors associated with symptomatology. They were analyzed using descriptive statistics. A questionnaire with sociodemographic variables was applied in November 2022, in addition to the depression anxiety stress scale (DASS-21), instruments with excellent reliability in this population (α = 0.95; α = 0.95). On the other hand, the Questionnaire

Variables socioemocionales post-pandemia Ansiedad

TABLE 4 Coefficients, statistical significance, and odds ratios of the anxiety predictors studied.

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for AOR	
							Lower	Upper
Women	0.794	0.151	27.514	1	0.000	2.212	1.644	2.975
Sexual minority	0.760	0.189	16.156	1	0.000	2.137	1.476	3.095
Adolescents	0.450	0.178	6.373	1	0.012	1.568	1.106	2.222
Young adults	-0.381	0.211	3.259	1	0.071	0.683	0.452	1.033
With children	0.158	0.184	0.736	1	0.391	1.171	0.816	1.680
Exclusively studying	0.254	0.148	2.946	1	0.086	1.290	0.965	1.725
Prescription drug use	0.801	0.219	13.338	1	0.000	2.227	1.449	3.422
Medications without prescription	0.370	0.502	0.541	1	0.462	1.447	0.541	3.872
Constant	-1.971	0.570	11.975	1	0.001	0.139		

Martínez-Líbano, J., Torres-Vallejos, J., Oyanedel, J. C., González-Campusano, N., Calderón-Herrera, G., & Yeomans-Cabrera, M. M. (2023). Prevalence and variables associated with depression, anxiety, and stress among Chilean higher education students, post-pandemic. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1139946.

Check for updates

OPEN ACCESS

EDITED BY
 Gaia Sampogna,
 University of Campania "L. Vanvitelli",
 Italy

REVIEWED BY
 Rikinkumar S. Patel,
 Duke University Medical Center,
 United States
 Habib Nawaz Khan,
 University of Science and Technology Bannu,
 Pakistan

*CORRESPONDENCE
 María-Mercedes Yeomans-Cabrera
 ✉ mmyeomans@outlook.com

SPECIALTY SECTION
 This article was submitted to
 Public Mental Health,
 a section of the journal
 Frontiers in Psychiatry

RECEIVED 08 January 2023
 ACCEPTED 09 March 2023
 PUBLISHED 30 March 2023

CITATION
 Martínez-Líbano J, Torres-Vallejos J,
 Oyanedel JC, González-Campusano N,
 Calderón-Herrera G and Yeomans-Cabrera
 M-M (2023) Prevalence and variables
 associated with depression, anxiety, and stress
 among Chilean higher education students,
 post-pandemic.
Front. Psychiatry 14:1139946.
 doi: 10.3389/fpsy.2023.1139946

COPYRIGHT
 © 2023 Martínez-Líbano, Torres-Vallejos,

Prevalence and variables associated with depression, anxiety, and stress among Chilean higher education students, post-pandemic

Jonathan Martínez-Líbano¹, Javier Torres-Vallejos¹,
 Juan C. Oyanedel¹, Nicol González-Campusano²,
 Gilda Calderón-Herrera² and
 María-Mercedes Yeomans-Cabrera^{2*}

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

Background: Mental health among university students is a public health problem in Chile, understanding that this population is susceptible to mental disorders.

Objective: The present study aimed to determine the prevalence and variables influencing depression, anxiety, and stress in Chilean university students.

Method: A representative sample (n=1,062) of Chilean university students and a cross-sectional study design were used. Bivariate analysis and multiple logistic regression were performed to identify risk factors associated with symptomatology. They were analyzed using descriptive statistics. A questionnaire with sociodemographic variables was applied in November 2022, in addition to the depression anxiety stress scale (DASS-21), instruments with excellent reliability in this population (α = 0.95; α = 0.95). On the other hand, the Questionnaire

Variables socioemocionales post-pandemia Estrés

TABLE 5 Coefficients, statistical significance, and odds ratios of the stress predictors studied.

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for AOR	
							Lower	Upper
Woman	0.974	0.232	17.622	1	0.000	2.648	1.681	4.172
Sexual minority	0.873	0.201	18.793	1	0.000	2.395	1.613	3.554
No children	0.393	0.236	2.781	1	0.095	1.482	0.933	2.354
Exclusively studying	0.412	0.178	5.330	1	0.021	1.510	1.064	2.141
Prescription medication consumption	0.753	0.226	11.069	1	0.001	2.123	1.363	3.308
Constant	-0.312	0.264	1.395	1	0.238	0.732		

Martínez-Líbano, J., Torres-Vallejos, J., Oyanedel, J. C., González-Campusano, N., Calderón-Herrera, G., & Yeomans-Cabrera, M. M. (2023). Prevalence and variables associated with depression, anxiety, and stress among Chilean higher education students, post-pandemic. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1139946.

Check for updates

OPEN ACCESS

EDITED BY
Gaia Sampogna,
University of Campania "L. Vanvitelli",
Italy

REVIEWED BY
Rikinkumar S. Patel,
Duke University Medical Center,
United States
Habib Nawaz Khan,
University of Science and Technology Bannu,
Pakistan

*CORRESPONDENCE
María-Mercedes Yeomans-Cabrera
✉ mmyeomans@outlook.com

SPECIALTY SECTION
This article was submitted to
Public Mental Health,
a section of the journal
Frontiers in Psychiatry

RECEIVED 08 January 2023
ACCEPTED 09 March 2023
PUBLISHED 30 March 2023

CITATION
Martínez-Líbano J, Torres-Vallejos J,
Oyanedel JC, González-Campusano N,
Calderón-Herrera G and Yeomans-Cabrera
M-M (2023) Prevalence and variables
associated with depression, anxiety, and stress
among Chilean higher education students,
post-pandemic.
Front. Psychiatry 14:1139946.
doi: 10.3389/fpsy.2023.1139946

COPYRIGHT
© 2023 Martínez-Líbano, Torres-Vallejos

Prevalence and variables associated with depression, anxiety, and stress among Chilean higher education students, post-pandemic

Jonathan Martínez-Líbano¹, Javier Torres-Vallejos¹,
Juan C. Oyanedel¹, Nicol González-Campusano²,
Gilda Calderón-Herrera² and
María-Mercedes Yeomans-Cabrera^{2*}

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

Background: Mental health among university students is a public health problem in Chile, understanding that this population is susceptible to mental disorders.

Objective: The present study aimed to determine the prevalence and variables influencing depression, anxiety, and stress in Chilean university students.

Method: A representative sample (n=1,062) of Chilean university students and a cross-sectional study design were used. Bivariate analysis and multiple logistic regression were performed to identify risk factors associated with symptomatology. They were analyzed using descriptive statistics. A questionnaire with sociodemographic variables was applied in November 2022, in addition to the depression anxiety stress scale (DASS-21), instruments with excellent reliability in this population ($\alpha = 0.95$; $\alpha = 0.95$). On the other hand, the Questionnaire

Variables Sociemocionales pueden estar ligadas a la deserción académica

TABLE 4 Odds ratios for predictors of academic dropout.

Variables	B	Standard error	Wald	gl	Sig.	Exp (B)	95% C.I. para EXP (B)	
							Inferior	Superior
Failing four or more courses	1.234	0.507	5.928	1	0.015	3.434	1.272	9.269
Depressive symptoms	0.619	0.217	8.160	1	0.004	1.857	1.214	2.839
Suicidal risk	0.774	0.185	17.483	1	0.000	2.169	1.509	3.118
Clinical insomnia	0.705	0.188	14.036	1	0.000	2.024	1.400	2.927
Low parental support	0.378	0.178	4.506	1	0.034	1.459	1.029	2.069
Academic performance affect	0.632	0.182	12.036	1	0.001	1.882	1.317	2.690
Affecting socioeconomic status	0.500	0.182	7.517	1	0.006	1.649	1.153	2.357
Constant	-1.598	0.216	54.590	1	0.000	0.202		

Martínez-Líbano, J., & Yeomans-Cabrera, M. M. Post-pandemic psychosocial variables affecting academic dropout in a sample of Chilean higher-education students. In *Frontiers in Education* (Vol. 8, p. 1293259). Frontiers.



OPEN ACCESS

EDITED BY
Carlos Laranjeira,
Polytechnic Institute of Leiria, Portugal

REVIEWED BY
Christopher Sewell,
Talladega College, United States
Dennis Arias-Chávez,
Continental University, Peru

*CORRESPONDENCE
María-Mercedes Yeomans-Cabrera
✉ mmyeomans@outlook.com

RECEIVED 12 September 2023
ACCEPTED 24 November 2023
PUBLISHED 11 December 2023

CITATION
Martínez-Líbano J and Yeomans-Cabrera M-M (2023) Post-pandemic psychosocial variables affecting academic dropout in a sample of Chilean higher-education students. *Front. Educ.* 8:1293259. doi: 10.3389/feduc.2023.1293259

COPYRIGHT
© 2023 Martínez-Líbano and Yeomans-Cabrera. This is an open-access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution License \(CC BY\)](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/). The use, distribution or reproduction in other forums is permitted, provided the original author(s) and the copyright owner(s) are credited and that the original publication in this journal is cited, in accordance with accepted academic practice. No use, distribution or


Post-pandemic psychosocial variables affecting academic dropout in a sample of Chilean higher-education students

Jonathan Martínez-Líbano¹ and
María-Mercedes Yeomans-Cabrera^{2*}

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

Introduction: University dropouts are a problem in the Chilean higher education system, which causes psychosocial and economic damage and requires further studies to understand it comprehensively. This study aimed to determine the psychosocial variables influencing the risk of dropping out of the higher education system in a sample of Chilean university students post-pandemic.

Methods: With a sample of 655 students from the Chilean higher education system and with a cross-sectional study design taken in November 2022, a questionnaire was applied with sociodemographic and other variables of interest, the Depression, Anxiety and Stress Scale DASS-2, the EAC-19 Coronavirus Affect Scale, the ECE Emotional Exhaustion Scale; the Okasha Suicide Scale, and the Insomnia Severity Index (ISI). We performed descriptive, bivariate, and multiple logistic regression analyses through SPSS version 25. Variables with a value of $p < 0.05$ in the final model were declared statistically significant. Odds ratios (OR) were adjusted to 95% confidence intervals (95% CI) which were used to



La **prevalencia** síntomas de **depresión, ansiedad, y estrés** en **estudiantes chilenos** fue alta, como también el **consumo de alcohol y marihuana**.

Síntomas depresivos en el **63,1%** de la muestra; **69,2%** con **ansiedad**; **57%** con **estrés**; **27,4%** con **consumo problemático de alcohol**; y **14,9%** con **consumo inadecuado de marihuana**. Un **10,1%** de la muestra refirió medicación diaria con **antidepresivos y/o ansiolíticos**

Variables sociodemográficas significativas



- Ser mujer
- Ser adolescente
- Pertener a minorías sexuales
- Consumo de marihuana
- Consumo de medicamentos de venta bajo receta médica.
- Dedicación exclusiva a los estudios

Martínez-Líbano, J., Torres-Vallejos, J., Oyanedel, J. C., González-Campusano, N., Calderón-Herrera, G., & Yeomans-Cabrera, M. M. (2023). Prevalence and variables associated with depression, anxiety, and stress among Chilean higher education students, post-pandemic. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1139946.



Post Pandemic Prevalence and Variables Associated with Depression, Anxiety, and Stress Among Chilean School Children and Adolescents

Muestra: 1.174 - Media $13.71 \pm$ SD 1.75

Characteristics	Categories	n (%) M \pm SD
Gender	Male	629 (53.6)
	Female	540 (46)
	Others	5 (0.4)
Age (yrs.)		13.71 \pm 1.75
	10	33 (2.8)
	11	115 (9.8)
	12	156 (13.3)
	13	232 (19.8)
	14	213 (18.1)
	15	230 (19.6)
	16	142 (12.1)
	17	49 (4.2)
	18	4 (0.3)
Region	Santiago	472 (40.2)
	Coquimbo	84 (7.2)
	Viña del Mar	144 (12.3)
	Maule	117 (10)
	Talcahuano	357 (30.4)
Tipo de Colegio	Publico	84 (7.2)
	Subvencionado	733 (62.4)
	Particular	357 (30.4)

Grado	Depresión		Ansiedad		Estrés	
	n	%	n	%	n	%
Normal	469	39.9	427	36.4	585	49.8
Leve	150	12.8	77	6.6	134	11.4
Moderada	219	18.7	208	17.7	193	16.4
Severa	118	10.1	109	9.3	165	14.1
Extremadamente Severa	218	18.6	353	30.1	97	8.3

La salud mental en esta muestra de niños y adolescentes chilenos fue alta en depresión (60.2%), **ansiedad (63.6%)** y estrés (50.2%)

Regresión Logística para la Depresión

Variables	B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Mujer	0.715	0.152	22.017	1	0.000	2.045	1.517	2.757
Coquimbo	-1.765	0.312	32.060	1	0.000	0.171	0.093	0.315
Educación Básica	-0.493	0.153	10.422	1	0.001	0.611	0.453	0.824
Tener Celular	-0.975	0.368	7.002	1	0.008	0.377	0.183	0.777
Padres Separados	0.486	0.153	10.017	1	0.002	1.625	1.203	2.195
Problemas para Dormir	0.868	0.147	35.062	1	0.000	2.382	1.787	3.174
Rumiación	1.009	0.180	31.415	1	0.000	2.742	1.927	3.902
Baja Autoestima	1.799	0.165	118.338	1	0.000	6.043	4.370	8.356
Constante	-0.559	0.395	2.000	1	0.157	0.572		

Ser mujer aumenta la probabilidad de depresión

Vivir en Coquimbo está asociado con una disminución significativa en la probabilidad de depresión.

Estar en la educación básica disminuye la probabilidad de depresión

No tener celular está asociado con una disminución en la probabilidad de depresión

Tener padres separados está asociado con un aumento en la probabilidad de depresión

Los estudiantes con dificultades para dormir tienen más del doble de probabilidad de depresión

Tener ideas intrusivas u obsesivas está fuertemente asociado con un aumento en la probabilidad de depresión

Los estudiantes con baja autoestima tienen casi seis veces más probabilidad de depresión.

Regresión Logística para la Ansiedad

Variables	B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Mujer	0.851	0.153	31.151	1	0.000	2.343	1.738	3.160
12 años	0.697	0.228	9.338	1	0,002	2.008	1.284	3.140
Coquimbo	-0.976	0.284	11.846	1	0.001	0.377	0.216	0.657
Tener Celular	-1.238	0.380	10.602	1	0.001	0.290	0.138	0.611
Problemas para dormir	0.771	0.147	27.412	1	0.000	2.162	1.620	2.885
Rumiaciones	1.231	0.177	48.350	1	0.000	3.426	2.421	4.848
Baja Autoestima	1.422	0.165	74.730	1	0.000	4.146	3.003	5.724
Creer en Dios	-0.547	0.157	12.138	1	0.000	0.579	0.425	0.787
Constante	-0.056	0.399	0.020	1	0.888	0.945		

Ser mujer está asociado con más del doble de la probabilidad de experimentar ansiedad

Los niños de 12 años tienen aproximadamente el doble de probabilidades de experimentar ansiedad

Vivir en Coquimbo está asociado con una menor probabilidad de ansiedad

No tener celular está asociado con una disminución significativa en la probabilidad de ansiedad

Las dificultades para dormir están fuertemente asociadas con un aumento en la probabilidad de ansiedad

Tener ideas intrusivas u obsesivas está fuertemente asociado con un aumento en la probabilidad de ansiedad

Tener baja autoestima está muy fuertemente asociado con un aumento en la probabilidad de ansiedad

: Tener creencias religiosas está asociado con una disminución en la probabilidad de ansiedad

Regresión Logística para la Estrés

Variables	B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Mujer	0,650	0,146	19,814	1	0,000	1,916	1,439	2,551
Coquimbo	-0,839	0,281	8,890	1	0,003	0,432	0,249	0,750
Viña del Mar	-0,567	0,221	6,606	1	0,010	0,567	0,368	0,874
Tener Celular	-0,818	0,345	5,619	1	0,018	0,441	0,224	0,868
Problemas para Dormir	0,548	0,138	15,750	1	0,000	1,730	1,320	2,268
Rumiaciones	1,176	0,188	39,063	1	0,000	3,242	2,242	4,689
Baja Autoestima	1,186	0,143	68,842	1	0,000	3,275	2,475	4,334
Creer en Dios	-0,441	0,144	9,446	1	0,002	0,643	0,485	0,852
Mucho Tiempo en Redes Sociales	0,396	0,144	7,571	1	0,006	1,486	1,121	1,969
Constante	-1,062	0,374	8,068	1	0,005	0,346		

Ser mujer está asociado con un aumento en la probabilidad de experimentar estrés

Vivir en Coquimbo y Viña del Mar está asociado con una disminución en la probabilidad de estrés


No tener celular está asociado con una disminución en la probabilidad de estrés

Las dificultades para dormir están asociadas con un aumento en la probabilidad de estrés

Tener ideas intrusivas u obsesivas está fuertemente asociado con un aumento en la probabilidad de estrés

Tener baja autoestima está muy fuertemente asociado con un aumento en la probabilidad de estrés

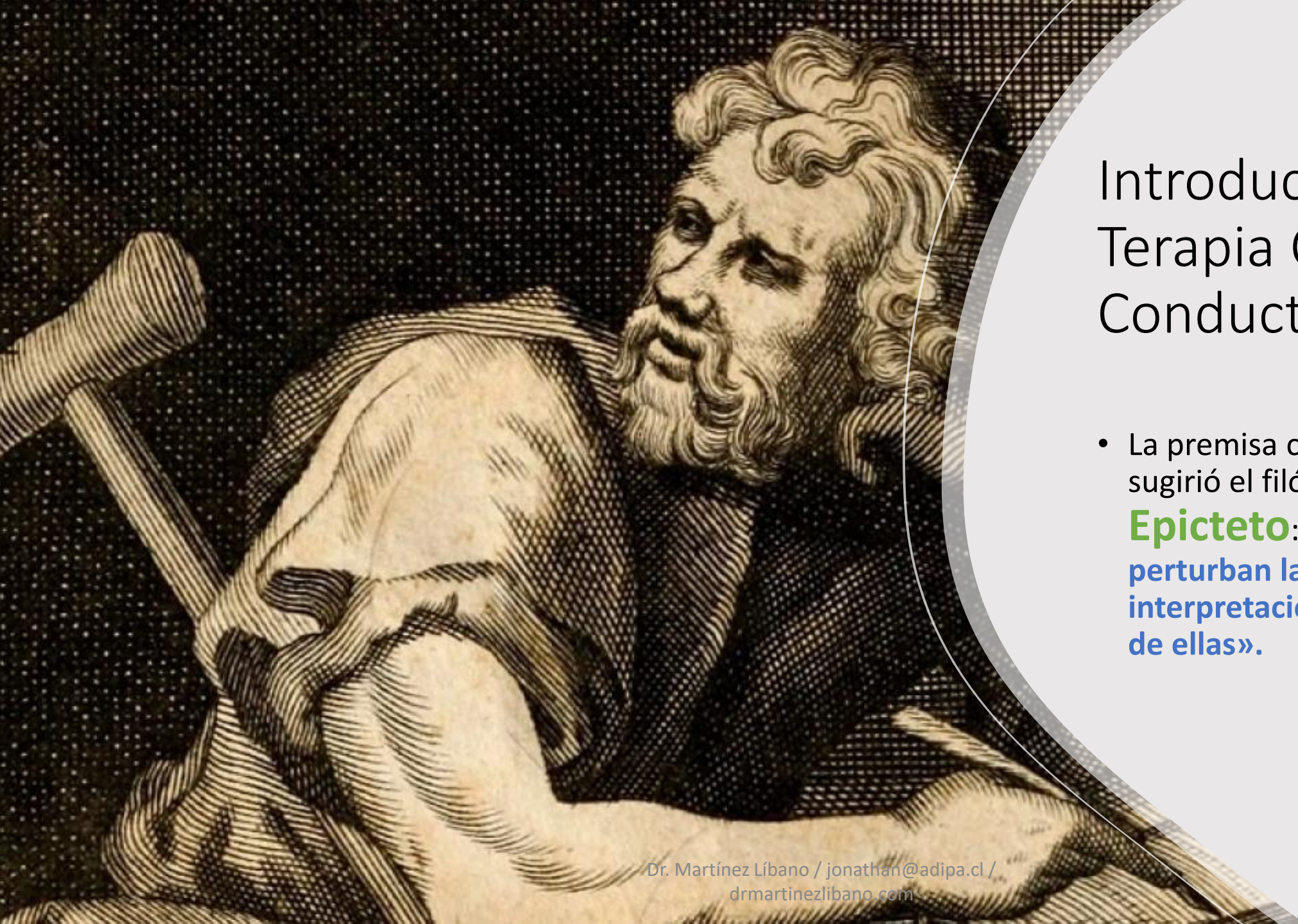
Tener creencias religiosas está asociado con una disminución en la probabilidad de estrés



Terapia Cognitiva Conductual (TCC)

Introducción a la TCC

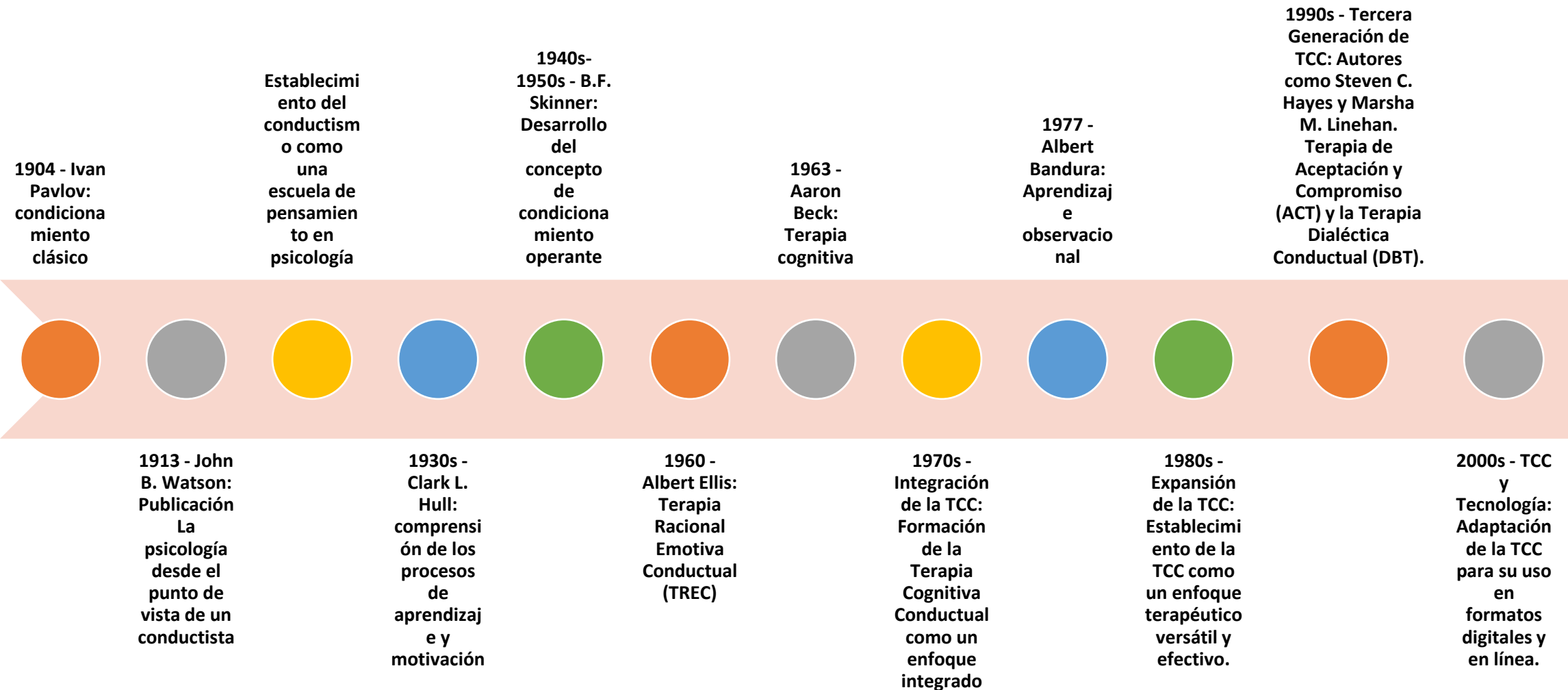
- La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) es una forma de psicoterapia que se ha consolidado como una de las intervenciones más efectivas y basadas en la evidencia para una amplia gama de trastornos psicológicos.
- La TCC se centra en el desarrollo de habilidades personales que permiten cambiar los patrones de pensamiento, emociones y comportamientos que son problemáticos para el individuo.

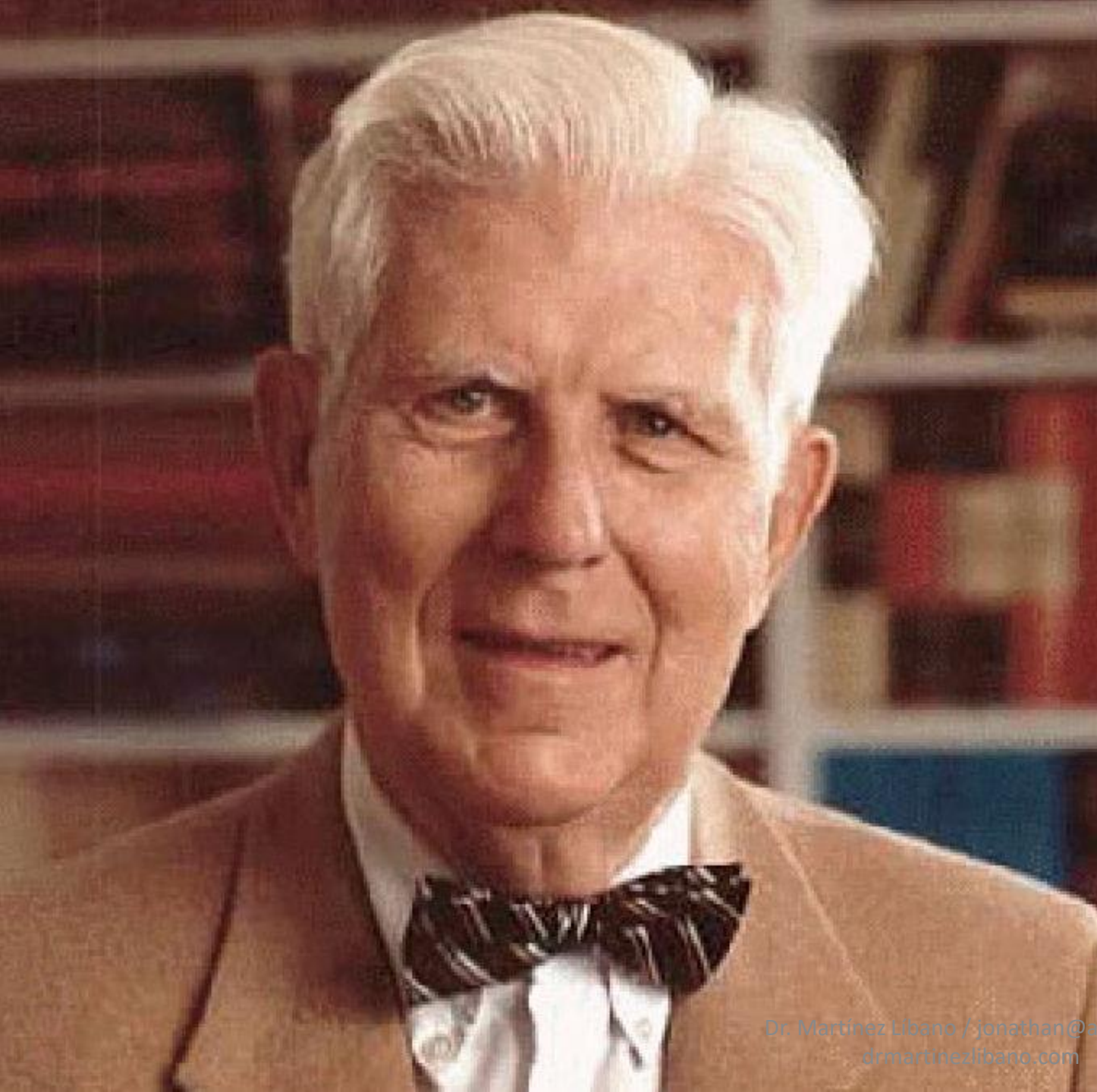


Introducción a la Terapia Cognitivo- Conductual (TCC)

- La premisa central, como lo sugirió el filósofo griego **Epicteto**: «No nos perturban las cosas sino la interpretación que hacemos de ellas».

Hitos de la TCC





Aaron Beck:

- Define la TCC como un **tipo de psicoterapia** que se enfoca en **modificar** los patrones de **pensamiento distorsionados, creencias irracionales 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.



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.



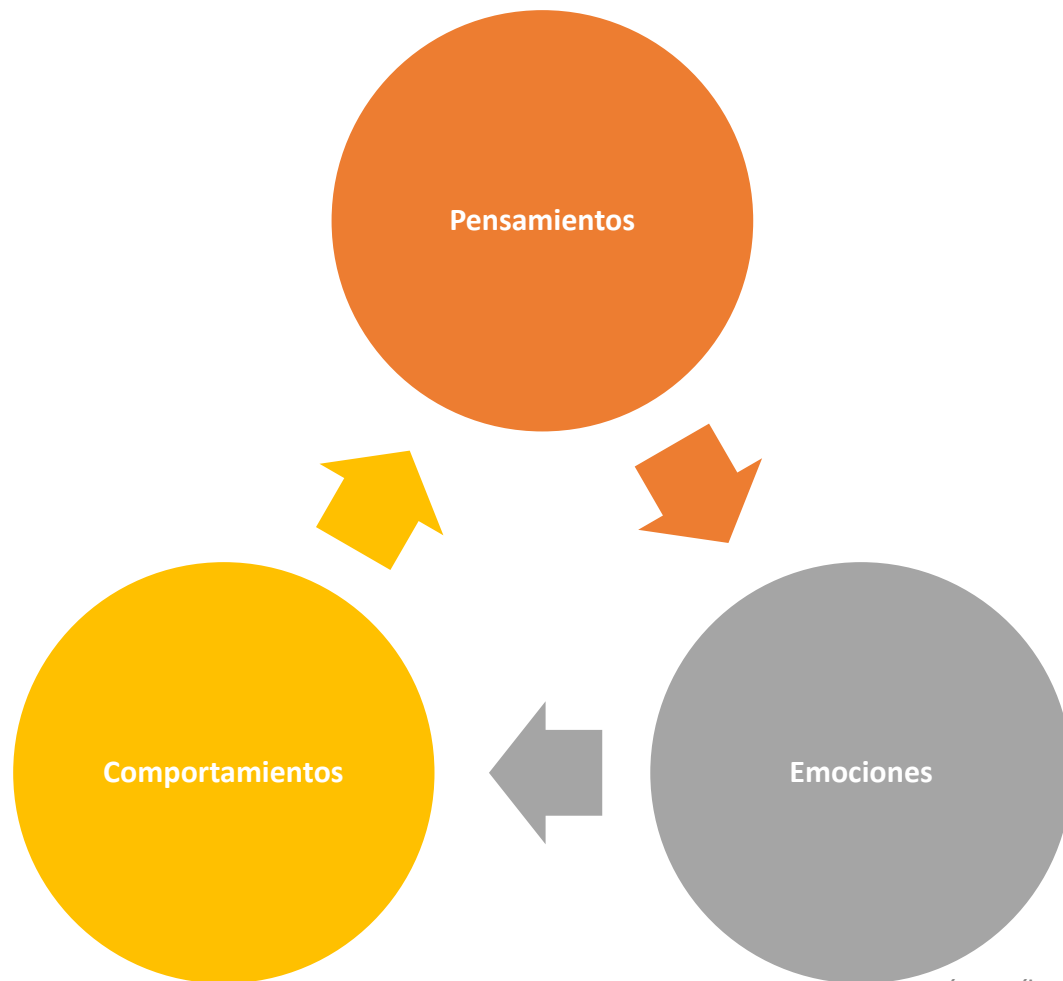
Judith Beck

-
- 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.



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	T. Ansiedad
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!	Preocupaciones constantes, pensamientos catastróficos.
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	Nerviosismo, miedo, tensión, irritabilidad
Conductual	Pasar tiempo excesivo en la cama	Sexo impulsivo, gastos	Evitación, búsqueda de reafirmación	Autolesiones, amenazas de suicidio, lanzar objetos	Evitación de situaciones que provocan ansiedad, comportamientos compulsivos, inquietud física

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

TCC se Alinea con los Desafíos Actuales de SM

TCC se alinea con las demandas sociales y culturales en el campo de la salud mental:

Aumento de la Conciencia y Aceptación Social: Ha habido un aumento en la conciencia pública y la aceptación social de los problemas de salud mental.

Demanda de Tratamientos Basados en Evidencia: La demanda de terapias efectivas y basadas en evidencia científica ha aumentado, y la TCC, con su fuerte base empírica, se alinea bien con esta demanda.

Accesibilidad de Información: La disponibilidad de información sobre salud mental y tratamientos ha aumentado gracias a la tecnología y el acceso a Internet. Esto ha llevado a los clientes a estar más informados y, a menudo, a solicitar específicamente tratamientos como la TCC.

Preferencia por Tratamientos a Corto Plazo: Las presiones económicas y las políticas de salud han llevado a una preferencia por tratamientos breves y eficaces, lo que coincide con la naturaleza de la TCC, que suele ser más focalizada y de menor duración que otras formas de terapia.

Cambio en los Modelos de Atención en Salud Mental: Se han desarrollado nuevos modelos para extender los recursos de tratamiento, como la telemedicina y las intervenciones basadas en la web, que se alinean bien con la metodología de la TCC.

Adaptación a Diversas Culturas y Comunidades: La TCC ha sido adaptada para ser aplicable en diversas culturas y comunidades, respondiendo a las necesidades de una sociedad cada vez más plural y diversa.

Integración con Sistemas de Salud: La TCC se ha adaptado para integrarse en varios sistemas de salud, respondiendo a las necesidades de eficiencia y efectividad en el tratamiento de trastornos mentales.





No creo
na'!...
que sea
efectivo
esto...

Evidencias

[Home](#) > [Cognitive Therapy and Research](#) > [Article](#)

The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses

Original Article | Published: 31 July 2012

Volume 36, pages 427–440, (2012) [Cite this article](#)

Download PDF ↓

Access provided by Universidad Nacional Andrés Bello | Programa BEIC – ANID



[Cognitive Therapy and Research](#)

[Aims and scope](#) →

[Submit manuscript](#) →

Stefan G. Hofmann , Anu Asnaani, Imke J. J. Vonk, Alice T. Sawyer & Angela Fang

136k Accesses 1686 Citations 1031 Altmetric 159 Mentions

[Explore all metrics](#) →

[An Erratum](#) to this article was published on 08 January 2014

[Use our pre-submission checklist](#) →

Avoid common mistakes on your manuscript.

Sections

Figures

References

[Abstract](#)

[Introduction](#)

Dr. Martínez Libano / jonathan.martinezlibano@unab.edu.ve
drmartinezlibano.com

- Existe un apoyo más fuerte para la TCC en los trastornos de **ansiedad**, los trastornos **somatomorfos**, **la bulimia**, los problemas de **control de la ira** y el **estrés** general.

Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive therapy and research*, 36, 427-440.

Evidencias

Table 1 Pooled meta-analytic response rates for CBT versus other conditions across disorders

Disorder	Author (year)	Number of studies	CBT (%)	MED (%)	OT (%)	PBO (%)	TAU (%)	WL (%)	Comparison
Boderline personality disorder	Ipser et al. (2009)	2	82 ^a	56 % ^a		18 ^a			CBT, MED > PBO
Panic disorder	Siev and Chambless (2008)	5	77	-	50	-	-	-	CBT > OT
Anger/aggression	Del Vecchio and O'Leary (2004)	23	66-69	-	65-70	-	-	-	CBT = OT
Depression	Leichsenring (2001)	6	51-87	-	45-70	-	-	-	CBT > OT
Childhood anxiety	James et al. (2005)	13	56	-	-	28 ^b	-	-	CBT > PBO
Chronic fatigue	Malouff et al. (2008)	5	50	-	-	-	-	-	-
Personality disorders	Leichsenring and Leibing (2003)	25	47 ^c	-	59 ^d	-	-	-	CBT < OT
Generalized anxiety disorder	Hunot et al. (2007)	8	46 ^e	-	-	-	14	14	CBT = OT; CBT > TAU,WL
Chronic fatigue	Price et al. (2008)	6	40	-	-	-	26	-	CBT > TAU
Bulimia nervosa	Thompson-Brenner (2003)	26	40-44	-	-	27	-	2	CBT > PBO, WL
Obsessive compulsive disorder	Eddy et al. (2004)	3	38-50	-	-	-	-	-	-

- Trastorno de Personalidad Límite: CBT - 82%
- Trastorno de Pánico: CBT - 77%
- Ira/Agresión: CBT - 66-69%
- Depresión: CBT - 51-87%
- Ansiedad Infantil: CBT - 56%
- Fatiga Crónica: CBT - 50%
- Trastornos de la Personalidad: CBT - 47%
- Trastorno de Ansiedad Generalizada: CBT - 46%
- Fatiga Crónica (otro estudio): CBT - 40%
- Bulimia Nerviosa: CBT - 40-44%
- Trastorno Obsesivo-Compulsivo: CBT - 38-50%

Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive therapy and research*, 36, 427-440.



Sigo sin
creer!!!

Evidencias

SPRINGER LINK

Log in

Find a journal Publish with us Track your research Search

Cart

Home > Cognitive Therapy and Research > Article

The Processes of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-Analyses

Original Article | Published: 15 May 2018

Volume 42, pages 349–357, (2018) | [Cite this article](#)



Cognitive Therapy and Research

[Aims and scope](#) →

[Submit manuscript](#) →

Download PDF ↓

Access provided by Universidad Nacional Andres Bello | Programa BEIC – ANID

Nikolaos Kazantzis , Hoang Kim Luong, Alexandra S. Usatoff, Tara Impala, Rui Ying Yew & Stefan G.

Hofmann

19k Accesses 101 Citations 16 Altmetric [Explore all metrics](#) →

[Use our pre-submission checklist](#) →

Avoid common mistakes on your manuscript.



Sections

Figures

References

Abstract

Kazantzis, N., Luong, H. K., Usatoff, A. S., Impala, T., Yew, R. Y., & Hofmann, S. G. (2018). The processes of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 42, 349-357.

Dr. Martínez Líbano / jonathan@adipa.cl /
drmartinezlibano.com

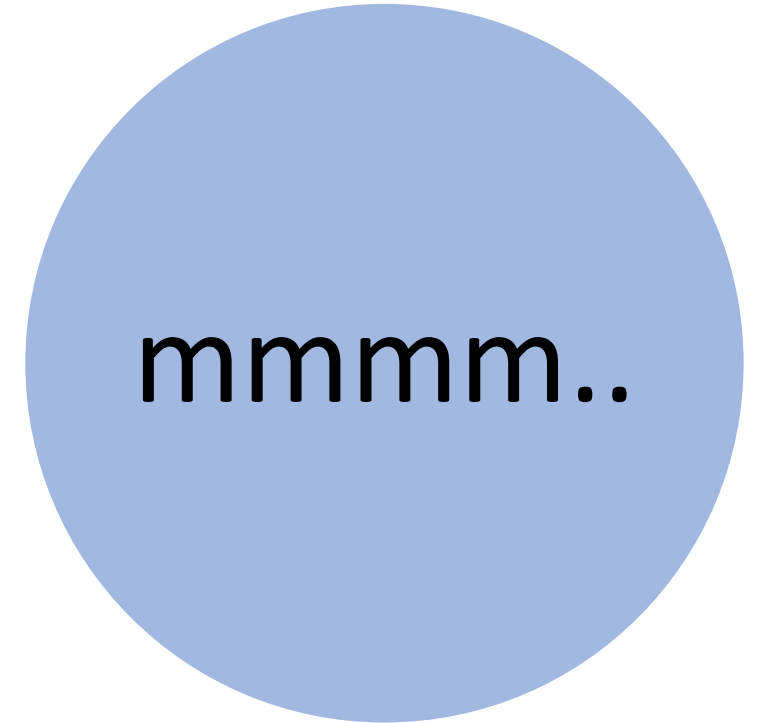
Para los procesos de tratamiento, el apoyo más fuerte existe actualmente para las estrategias:

Cognitivas (n = 8 metanálisis)

Conductuales (n = 3 metanálisis) como procesos de cambio en la TCC para los trastornos de ansiedad y la depresión.

Apoyo más fuerte para el papel de la alianza (n = 8 metanálisis) y las tareas para casa (n = 6 metanálisis) como predictores del resultado.

Mi ex y yo cuando nos encontramos:



Cognitive–Behavioral Therapy for Adult Anxiety Disorders in Clinical Practice: A Meta-Analysis of Effectiveness Studies

Rebecca E. Stewart and Dianne L. Chambless
University of Pennsylvania

The efficacy of cognitive–behavioral therapy (CBT) for anxiety in adults is well established. In the present study, the authors examined whether CBT tested under well-controlled conditions generalizes to less-controlled, real-world circumstances. Fifty-six effectiveness studies of CBT for adult anxiety disorders were located and synthesized. Meta-analytic effect sizes are presented for disorder-specific symptom measures as well as symptoms of generalized anxiety and depression for each disorder, and benchmarked to results from randomized controlled trials. All pretest–posttest effect sizes for disorder-specific symptom measures were large, suggesting that CBT for adult anxiety disorders is effective in clinically representative conditions. Six studies included a control group, and between-groups comparisons yielded large effect sizes for disorder-specific symptoms in favor of CBT. Benchmarking indicated that results from effectiveness studies were in the range of those obtained in selected efficacy trials. To test whether studies that are more representative of clinical settings have smaller effect sizes, the authors coded studies for 9 criteria for clinical representativeness. Results indicate an inverse relationship between clinical representativeness and outcome, but the magnitude of the relationship is quite small.

Keywords: effectiveness, dissemination, clinical practice, cognitive–behavioral therapy, anxiety disorders

Supplemental materials: <http://dx.doi.org/10.1037/a0016032.supp>

Cognitive–behavioral therapy (CBT) appears prominently among the empirically supported treatments (ESTs) for adult anxiety disorders (Chambless & Ollendick, 2001). Several meta-analyses of well-controlled clinical trials provide support for the efficacy of CBT for panic disorder, social anxiety disorder, obsessive–compulsive disorder (OCD), generalized anxiety disorder (GAD), and posttraumatic stress disorder (PTSD; see Deacon & Abramowitz, 2004, for a review). In the most recent meta-analysis, Stewart and Chambless (2009) examined the efficacy of CBT

How well does CBT for anxiety disorders hold up in actual clinical practice? This general question of the transportability of efficacious interventions into naturalistic settings has been one of the most contentious issues in the ongoing debate of evidence-based practice in clinical psychology (e.g., Jacobson & Christensen, 1996). Skeptics question whether the procedures used to maximize experimental control in randomized controlled efficacy trials seriously compromise the external validity of the results.

Stewart, R. E., & Chambless, D. L. (2009). Cognitive–behavioral therapy for adult anxiety disorders in clinical practice: A meta-analysis of effectiveness studies. *Journal of consulting and clinical psychology, 77*(4), 595.

Todos los tamaños del efecto pretest-postest para medidas de síntomas específicos del trastorno fueron grandes, lo que sugiere que la CBT para trastornos de ansiedad en adultos es efectiva en condiciones clínicamente representativas

Evidencias

Benchmark Efficacy Studies by Disorder Versus Current Effectiveness Results: Pretest–Posttest Effect Sizes

Disorder/study	CBT treatments	<i>n</i>	Effect size
Panic disorder			
Kenardy et al. (2003)	CBT	42	1.53
Öst and Westling (1995)	AR, CT	36	1.23
Barlow et al. (2000)	CBT	56	1.43
Effectiveness			1.02
Social anxiety disorder			
Stangier et al. (2003)	CBT, CBGT	40	0.89
Clark et al. (2006)	CT, ERP	42	1.75
Davidson et al. (2004)	CBT	48	1.47
Effectiveness			1.04
Posttraumatic stress disorder			
Foa et al. (2005)	PE, PE/CR	56	2.50
Resick et al. (2002)	CPT, PE	81	2.49
Foa et al. (1999)	PE, SIT, PE/SIT	64	1.90
Effectiveness			2.59
Generalized anxiety disorder			
Borkovec and Costello (1993)	AR, CBT	36	2.26
Borkovec et al. (2002)	CT, SCD, CBT	58	1.96
Barlow et al. (1992)	AR, CT, AR/CT	34	0.84
Effectiveness			0.92
Obsessive–compulsive disorder			
McLean et al. (2001)	CBT, ERP	63	1.15
Whittal et al. (2005)	CBT, ERP	59	1.88
Van Oppen et al. (1995)	CT, ERP	57	1.24
Effectiveness			1.45

Note. CBT = cognitive–behavioral therapy; AR = applied relaxation; CT = cognitive therapy; CBGT = cognitive–behavioral group therapy; ERP = exposure and response prevention; PE = prolonged exposure; CR = cognitive restructuring; CPT = cognitive processing therapy; SIT = stress inoculation training; SCD = self-control desensitization.

Trastorno de Pánico: La CBT fue aproximadamente un 50% más efectiva en el estudio de Kenardy et al. en comparación con la efectividad promedio actual.

Trastorno de Ansiedad Social: La CBT fue aproximadamente un 71% más efectiva en el estudio de Clark et al. en comparación con la efectividad promedio actual.

Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT): La efectividad actual de la CBT es ligeramente superior (aproximadamente un 9% más) que en el estudio de Foa et al.

Trastorno de Ansiedad Generalizada: La CBT fue aproximadamente un 84% más efectiva en el estudio de Borkovec y Costello en comparación con la efectividad promedio actual.

Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC): La CBT fue aproximadamente un 43% más efectiva en el estudio de Whittal et al. en comparación con la efectividad promedio actual.

Stewart, R. E., & Chambless, D. L. (2009). Cognitive–behavioral therapy for adult anxiety disorders in clinical practice: A meta-analysis of effectiveness studies. *Journal of consulting and clinical psychology, 77*(4), 595.



No lo se Rick, parece falso

Evidencias

The screenshot shows the JAMA Network website interface. At the top, there is a search bar and a navigation menu. The main article title is "Psychotherapies for Generalized Anxiety Disorder in Adults: A Systematic Review and Network Meta-Analysis of Randomized Clinical Trials" by Davide Papola, MD, PhD, Clara Miguel, MSc, Mariacristina Mazzaglia, MD, et al. The article is published in JAMA Psychiatry, October 18, 2023. Below the title, there are navigation tabs for CONTENTS, FIGURES/TABLES, SUPPLEMENTAL CONTENT, REFERENCES, RELATED, and COMMENTS. A "Related Articles" section is visible, featuring a graphic titled "Management of Food Allergies and Food-Related Anaphylaxis" which includes diagrams of the human body and text boxes.

Papola, D., Miguel, C., Mazzaglia, M., Franco, P., Tedeschi, F., Romero, S. A., ... & Barbui, C. (2023). Psychotherapies for generalized anxiety disorder in adults: a systematic review and network meta-analysis of randomized clinical trials. *JAMA psychiatry*.

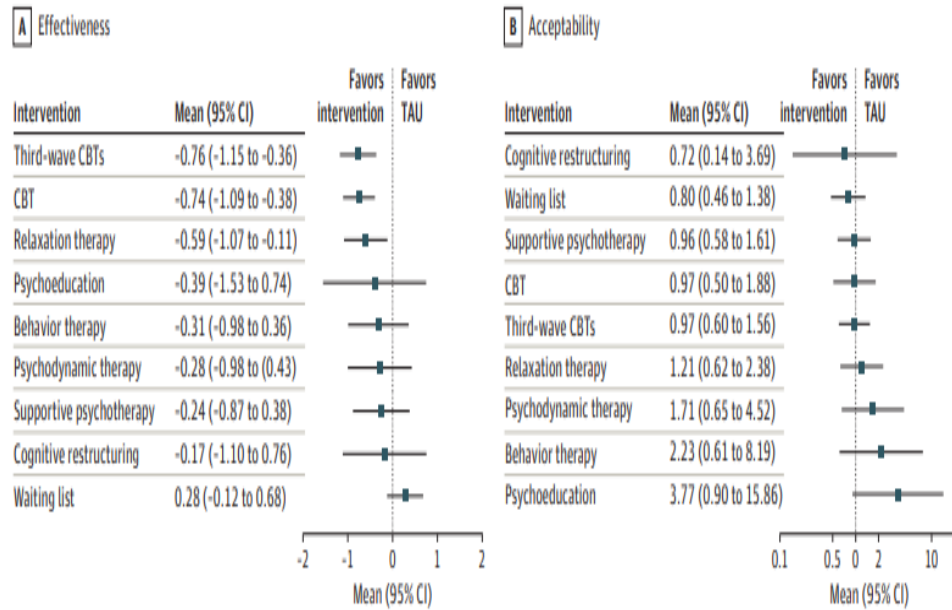
Dr. Martínez Líbano / jonathan@adipa.cl /
drmartinezlibano.com

En términos de comparación con el tratamiento habitual (usualmente considerado como el estándar de atención o control en estos estudios), tanto las terapias cognitivo-conductuales de tercera generación como la CBT tradicional mostraron una efectividad significativa en el tratamiento del GAD.

La terapia de relajación también mostró efectividad, pero tuvo menos aceptación por parte de los pacientes.

Evidencias

Figure 3. Forest Plots for Effectiveness and Acceptability, Comparing Each Psychotherapy With Treatment as Usual (TAU)



Reference treatment for both plots is TAU. CBT represents cognitive behavior therapy.

Papola, D., Miguel, C., Mazzaglia, M., Franco, P., Tedeschi, F., Romero, S. A., ... & Barbui, C. (2023). Psychotherapies for generalized anxiety disorder in adults: a systematic review and network meta-analysis of randomized clinical trials. *JAMA psychiatry*.

Los resultados que mencionas provienen de un metaanálisis que incluyó datos de 65 ensayos controlados aleatorios (RCTs) con un total de 5048 participantes. Estos participantes eran en su mayoría mujeres (aproximadamente el 70.9%) con una edad promedio de 42.2 años. El estudio evaluó la efectividad de diferentes terapias para el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada (GAD)

Terapias Cognitivo-Conductuales de Tercera generación (Third-wave CBTs): Estas terapias fueron efectivas en reducir los síntomas de GAD en comparación con el tratamiento habitual.

Terapia Cognitivo-Conductual (CBT): Efectiva en reducir los síntomas de GAD en comparación con el tratamiento habitual.

Terapia de Relajación: Fue efectiva en reducir los síntomas de GAD, pero con menor aceptabilidad que las terapias CBT.

No se encontraron diferencias significativas en el abandono del tratamiento en comparación con el tratamiento habitual para todas las psicoterapias. Por ejemplo, el riesgo relativo para la CBT versus el tratamiento habitual fue de 1.04 (IC: 0.64-1.67), lo que sugiere que la tasa de abandono de la CBT es similar a la del tratamiento habitual.

Solo la CBT mostró una reducción significativa en la severidad de la ansiedad en este periodo de seguimiento.

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 completer 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

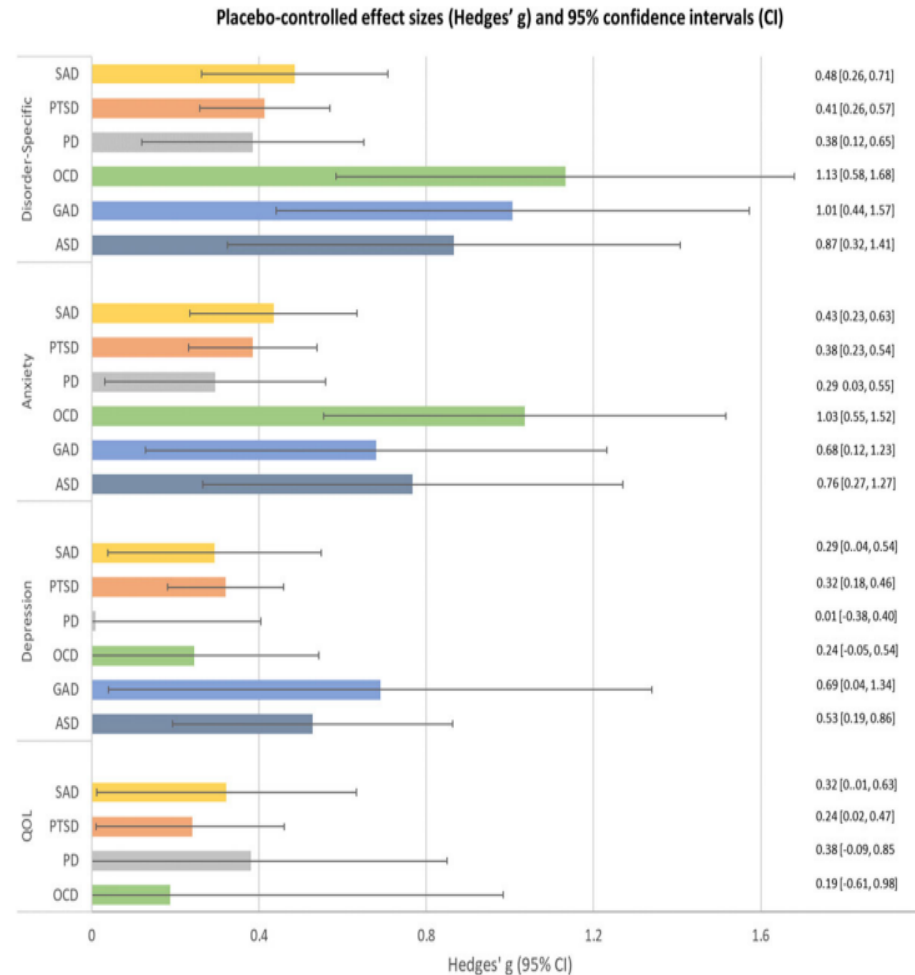


FIGURE 4 Placebo-controlled effect sizes and 95% confidence intervals (CI) for disorder-specific, anxiety, depression, and quality of life measures. QOL, quality of life; ASD, acute stress disorder; GAD, generalized anxiety disorder; OCD, obsessive compulsive disorder; PD, panic disorder; PTSD, posttraumatic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

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.

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.

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.

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. Kaczurkin, PhD; Edna B. Foa, PhD



Introduction

Cognitive behavioral therapy (CBT) has been shown to be effective for a wide variety of mental health disorders,¹ including anxiety disorders.²⁻⁴ CBT has also been associated with improvements in quality of life in anxiety patients.¹ 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

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.

Keywords: cognitive-behavioral therapy; exposure; anxiety disorder; 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 Kaczurkin, PhD, Department of Psychiatry, Center for the Treatment and Study of Anxiety, 3835 Market St, Suite 600 North, Philadelphia, PA 19104, USA. (e-mail: antonia.k@upenn.edu)

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.

Kaczurkin, 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.

AEEERS

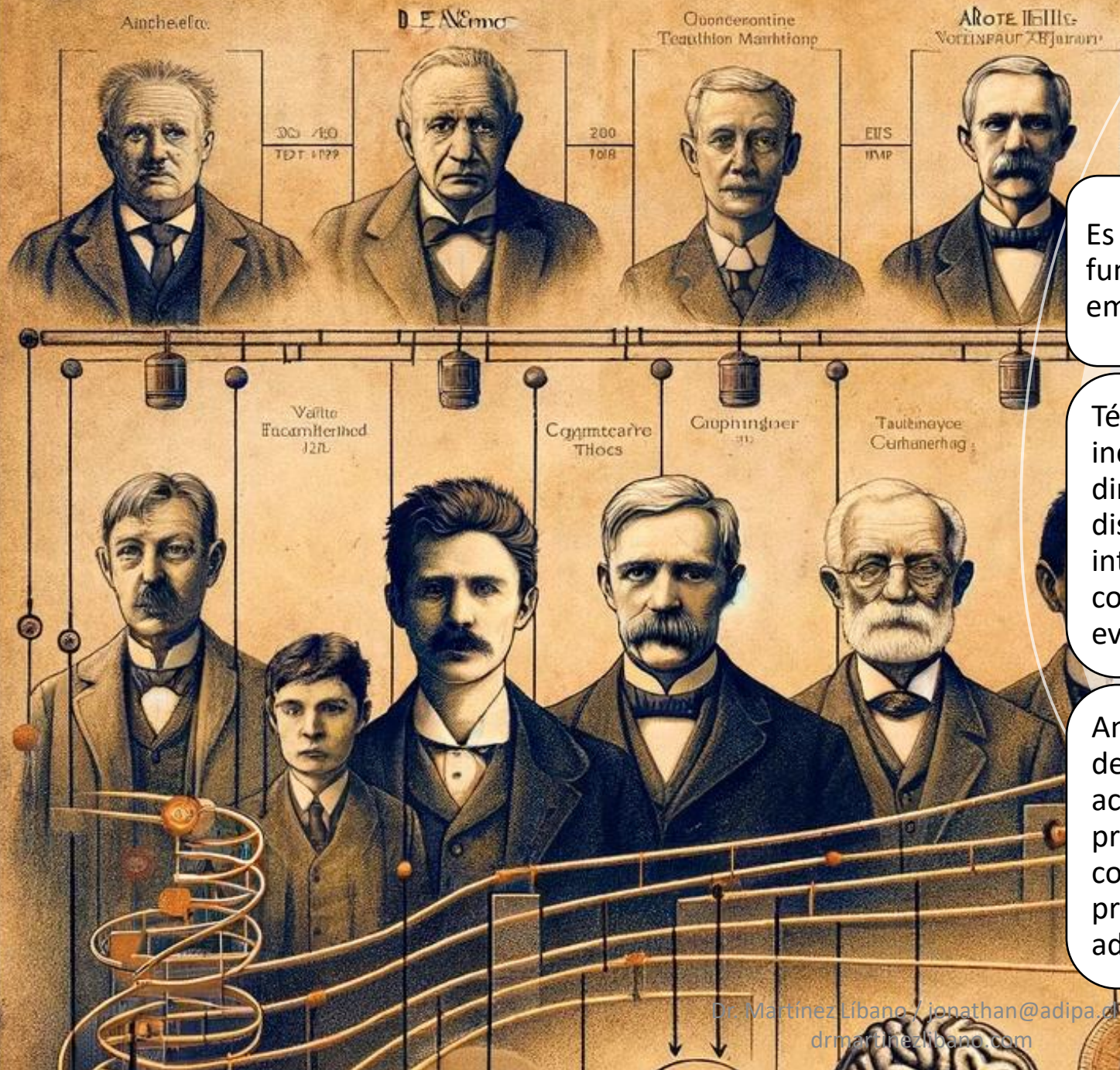


**QUIEN ES EL
DOSTOR??**

Dr. Martínez Libano / jonathan@adipa.cl /
drmartinezlibano.com

memegenerator.es

Ventajas de la TCC	Desventajas de la TCC
<p>1. Eficacia Comprobada: Efectiva en trastornos como ansiedad, trastornos somatomorfos, bulimia, problemas de control de la ira y estrés.</p>	<p>1. Investigación Limitada en Subgrupos: Necesidad de más estudios en grupos específicos como minorías étnicas y de bajos ingresos.</p>
<p>2. Respuesta Superior en Algunos Casos: Tasas de respuesta más altas comparadas con otras terapias o condiciones de control.</p>	<p>2. Efectividad Variable Según el Trastorno: Eficacia puede variar dependiendo del trastorno específico.</p>
<p>3. Aplicabilidad Diversa: Adaptada para una amplia gama de problemas, incluyendo trastornos de la personalidad, trastornos alimentarios, insomnio, etc.</p>	<p>3. Participación Activa del Paciente: Requiere que los pacientes estén activamente involucrados, lo cual puede ser un desafío.</p>
<p>4. Beneficios en Diversas Poblaciones: Efectiva en diferentes grupos de edad, incluyendo niños y adultos mayores.</p>	<p>4. Limitaciones en Trastornos Severos: Eficacia como terapia única puede ser limitada en casos de trastornos severos.</p>
<p>5. Enfoque Estructurado y Orientado a Habilidades: Los pacientes valoran la estructura y la oportunidad de aprender habilidades prácticas.</p>	<p>5. Necesidad de Terapeutas Entrenados: La eficacia depende de la competencia del terapeuta y su habilidad para adaptar la terapia.</p>



¿Qué es la TCC?

Es la aplicación clínica de la ciencia de la psicología, que se fundamenta en principios y procedimientos validados empíricamente.

Término genérico que se refiere a las terapias que incorporan tanto intervenciones conductuales (intentos directos de disminuir las conductas y emociones disfuncionales modificando el comportamiento) como intervenciones cognitivas (intentos de disminuir las conductas y emociones disfuncionales modificando las evaluaciones y los patrones de pensamiento del individuo).

Ambos tipos de intervenciones se basan en la suposición de que un aprendizaje anterior está produciendo actualmente consecuencias desadaptativas y que el propósito de la terapia consiste en reducir el malestar o la conducta no deseados desaprendiendo lo aprendido o proporcionando experiencias de aprendizaje nuevas, más adaptativas.

Suposiciones Compartidas por las Terapias TCC

- Las terapias cognitivo-conductuales comparten las siguientes suposiciones:
 - Los individuos responden a las representaciones cognitivas de los acontecimientos ambientales en vez de a los acontecimientos mismos
 - El aprendizaje está mediado cognitivamente
 - La cognición media la disfunción emocional y conductual (la cognición afecta a las emociones y a la conducta y viceversa)
 - Algunas formas de cognición pueden registrarse y evaluarse
 - La modificación de las cogniciones puede cambiar las emociones y La conducta.
 - Tanto los procedimientos cognitivos como los conductuales para el cambio son deseables y se pueden integrar en las intervenciones.

Principales Características de la TCC

Algunas de las principales características de la terapia cognitivo-conductual serían las siguientes

- Las variables cognitivas constituyen importantes mecanismos causales
- Los objetivos específicos de algunos procedimientos y técnicas son cognitivos
- Se realiza un análisis funcional de las variables que mantienen el trastorno, especialmente de las variables cognitivas
- Se emplean estrategias conductuales y cognitivas en el intento de modificar las cogniciones
- Se pone un notable énfasis en la verificación empírica
- La terapia es de duración breve
- La terapia es una colaboración entre terapeuta y paciente.
- Los terapeutas cognitivo conductuales son “directivos”.

Gómez Penedo, J. M., Hilpert, P., & Flückiger, C. (2021). Interpersonal cognitions as a mechanism of change in cognitive behavioral therapy for generalized anxiety disorder? A multilevel dynamic structural equation model approach. *Journal of consulting and clinical psychology*, 89(11), 898.



La posición cognitivo-conductual plantea que la cognición se entiende mejor en términos de:



Estructuras Cognitivas: Se refieren a la organización interna de la información en la mente. Esto incluye sistemas como la memoria a corto plazo, la memoria a largo plazo y el almacenamiento sensorial. Estas estructuras son fundamentales para cómo procesamos y almacenamos la información.



Contenido Cognitivo: Este término se refiere al contenido real que se almacena en nuestras mentes, como el conocimiento semántico (significado de las palabras y conceptos), información generada internamente (pensamientos y fantasías), y creencias almacenadas. Este contenido puede influir en cómo interpretamos y reaccionamos a las situaciones.



Procesos Cognitivos: Son los métodos a través de los cuales el sistema cognitivo recibe, almacena, transforma y controla la salida de información. Incluyen funciones como la atención (cómo nos enfocamos en ciertos estímulos), la elaboración cognitiva (cómo procesamos y entendemos la información), la codificación (cómo la información se convierte en un formato que puede ser almacenado) y la recuperación (cómo accedemos a la información almacenada).



Productos Cognitivos: Estos son los resultados de la manipulación del sistema cognitivo. Incluyen atribuciones (explicaciones que damos a los eventos), imágenes mentales, creencias a las que se ha accedido, decisiones tomadas y pensamientos generados. Estos productos son a menudo el foco de la terapia cognitiva, ya que pueden influir directamente en el comportamiento y las emociones.



- 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.

No entendí eso... con un ejemplo por favor

Paciente con crisis de pánico: Rodrigo edad 29 años, soltero, sin problemas aparentes.

Refiere.. Mientras iba por el mall que estaba lleno, pero lleno, comienza a sentir un ligero mareo.

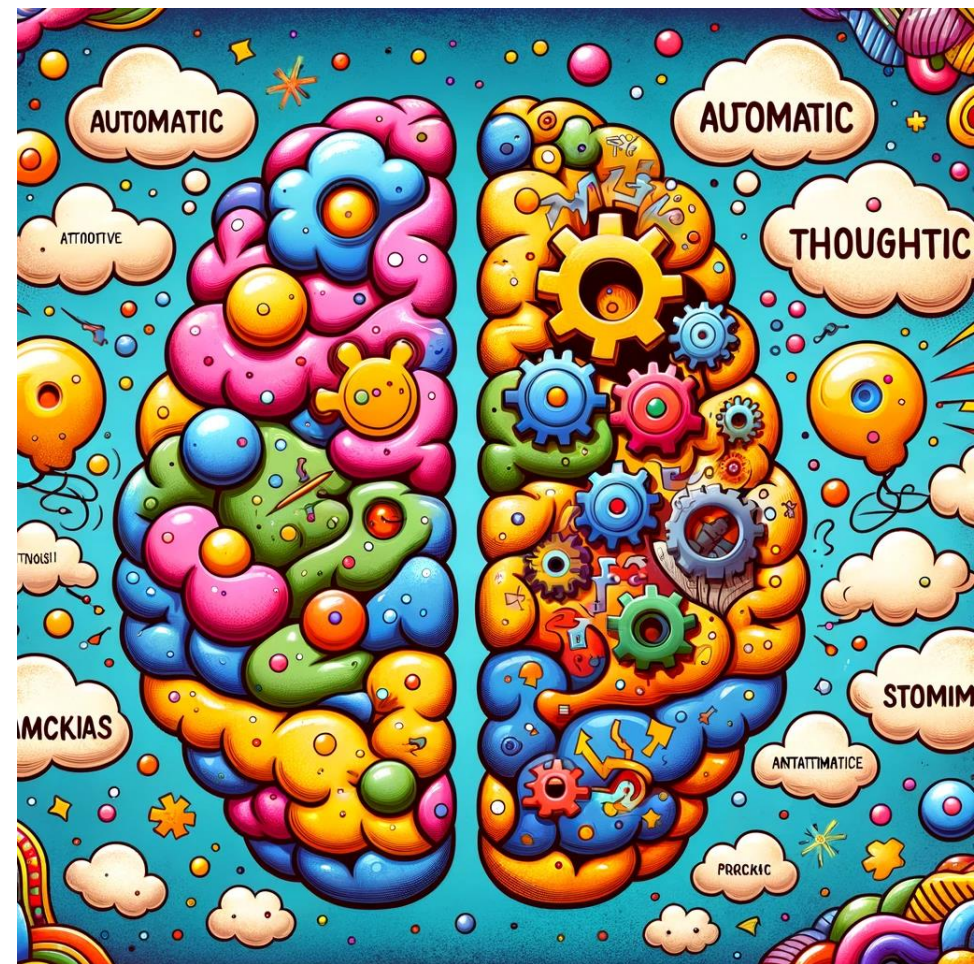
Pensamientos Automáticos:

- Al sentir el mareo, tiene el pensamiento automático: "¡Esto es un ataque de pánico! ¡Voy a desmayarme!" ¡nadie me va a ayudar!"
- Este pensamiento es breve, surge espontáneamente y es verbalmente claro en su mente.
- Es consciente de este pensamiento y puede identificarlo cuando se enfoca en lo que está pensando en ese momento.

Esquemas:

- Subyacente a la reacción de Rodrigo hay un esquema más profundo: una creencia de que situaciones impredecibles o abrumadoras inevitablemente conducen a crisis de pánico.
- Este esquema se ha desarrollado a lo largo del tiempo, posiblemente debido a experiencias pasadas de ataques de pánico en situaciones similares.
- No siempre es consciente de este esquema. No piensa activamente en él todo el tiempo, pero influye en cómo interpreta sensaciones físicas como el mareo.
- Este esquema actúa como un filtro a través del cual ve situaciones potencialmente estresantes, predisponiéndolo a interpretarlas como amenazas de un ataque de pánico.
- Cambiar este esquema es más desafiante que abordar el pensamiento automático específico, ya que está más arraigado y es parte de la estructura cognitiva de base de Rodrigo.

Dr. Martínez Líbano / jonathan@adipa.cl /
drmartinezlibano.com





Proceso Terapéutico de la TCC

Estructura General Proceso Terapéutico TCC

Evaluación Inicial: En las primeras sesiones, el terapeuta realiza una evaluación exhaustiva del cliente. Esto incluye entender los problemas actuales, la historia clínica, y los factores de vida relevantes. Se establecen metas terapéuticas claras y específicas en colaboración con el cliente.

Educación sobre la TCC: El terapeuta explica los principios básicos de la TCC, incluyendo la interconexión entre pensamientos, emociones y comportamientos. Se discute cómo la terapia puede ayudar al cliente a alcanzar sus objetivos.

Identificación de Problemas y Establecimiento de Metas: Se identifican problemas específicos o áreas de enfoque. Se establecen metas terapéuticas concretas y alcanzables para cada problema.

Desarrollo de Conciencia y Comprensión: El cliente aprende a identificar sus pensamientos, emociones y comportamientos automáticos. Se utilizan técnicas como el registro de pensamientos y la autoobservación.

Reestructuración Cognitiva: Se trabaja en identificar y desafiar pensamientos automáticos negativos o distorsiones cognitivas. Se enseña al cliente a reemplazar estos pensamientos por otros más realistas y equilibrados.

Desarrollo y Práctica de Habilidades: Se enseñan y practican habilidades específicas, como la resolución de problemas, la regulación emocional, y técnicas de relajación. Se pueden incluir ejercicios de exposición para tratar miedos y fobias.

Tareas y Ejercicios Fuera de Sesión: Se asignan tareas para realizar entre sesiones, lo que ayuda a aplicar lo aprendido en la terapia a situaciones de la vida real. Estas tareas pueden incluir registros diarios, ejercicios de exposición, o práctica de habilidades específicas.

Revisión y Reforzamiento: Se revisa regularmente el progreso hacia las metas terapéuticas. Se refuerzan los aprendizajes y se ajustan las estrategias según sea necesario.

Prevención de Recaídas y Planificación del Futuro: Hacia el final de la terapia, se enfoca en estrategias para mantener los cambios y prevenir recaídas. Se desarrolla un plan para manejar futuros desafíos o situaciones difíciles.

Cierre de proceso: Una vez que se han alcanzado las metas terapéuticas, se planifica y se lleva a cabo la terminación de la terapia.

Esto incluye una revisión de las habilidades aprendidas y un plan para su uso continuo.

Wright, J. H., Brown, G. K., Thase, M. E., & Basco, M. R. (2017). Learning cognitive-behavior therapy: An illustrated guide. American Psychiatric Pub.

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 Gratitude: 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.

Psicoeducación

Folletos de Reacciones Comunes

Folletos de entendimiento del trauma

Folleto con situaciones típicamente evitadas

HANDOUTS

The handouts in this section can be reproduced and given to your clients for the purpose of psychoeducation.

Handout 2-1 Common Reactions to Trauma

Emotional Reactions

- Fear
- Shock
- Grief
- Outbursts of anger
- Irritability
- Helplessness
- Hopelessness
- Guilt
- Shame
- Resentment
- Emotional numbing
- Depression
- Anxiety
- Detachment
- Loss of interest

Cognitive Reactions

- Repetitive thoughts
- Disorientation

Handout 2-3 Understanding Trauma and Its Impact

INTRODUCTION: WHAT IS TRAUMA?

Traumatizing events include assault, torture, rape, war, military combat, incarceration in a death camp, natural disasters, industrial and automobile accidents, and exposure to violence. Most people will be exposed to catastrophic stress in their lifetime, and most of them will recover on their own from the psychological impact of trauma. However, some will develop posttraumatic stress disorder (PTSD). PTSD is a normal response after exposure to a traumatic event and is seen in many different countries, cultures, and societies. While a natural ability to heal ourselves after trauma may be true for many of us, a significant number of people exposed to a traumatic event develop severe and persistent symptoms that dissipate only when mental health treatment is provided.

COMMON REACTIONS TO TRAUMA

After experiencing a traumatic event, it is normal to experience emotional, cognitive, physical, and interpersonal reactions for several days or weeks. These reactions will vary from person to person. Emotional reactions experienced most often include feelings of fear, shock, grief, anger, irritability, helplessness, hopelessness, guilt, shame, resentment, and numbing. Cognitive reactions may include disorientation, confusion, difficulty concentrating, memory loss, self-blame, unwanted memories, and indecisiveness. Often, these reactions are accompanied by tension, headaches, fatigue, a racing pulse, change in sleeping patterns, startle reactions, edginess, change in appetite, and nausea. For people with PTSD, trauma reminders (such as noises, thoughts, or

Handout 2-2 Typically Avoided Situations

- Sexual or physical contact, affection with significant others
- Standing close to other people
- Talking about the trauma
- Someone coming up to you from behind
- Reading the newspaper, watching television, or listening to the radio
- Seeing images or hearing names associated with the traumatic event
- Being alone at home
- Being alone at night
- Walking down the street alone
- Going out after dark
- Being in a crowd of people
- Sleeping with the lights off
- Sleeping with the bedroom door unlocked
- Sleeping with the windows open or unlocked
- Sleeping alone

Primera Generación - Terapia Conductual:

- Autores: Skinner, Watson, Pavlov, Wolpe, Thorndike, Eysenck, Meichenbaum, etc
- Enfoque: La primera generación de TCC se centra principalmente en la **modificación de la conducta**.
- Técnicas: Incluye técnicas como el entrenamiento en relajación, la desensibilización sistemática, y el entrenamiento en habilidades sociales, entrenamiento en inoculación del estrés.
- Esta generación se enfoca en que los cambios en la conducta pueden llevar a cambios en los pensamientos y emociones.

Segunda Generación - Terapia Cognitiva:

- Autores: Beck, Ellis, Burns, Padesky, Judith Beck, etc.
- Enfoque: La segunda generación **incorpora el componente cognitivo**, enfocándose en cómo los pensamientos y creencias influyen en las emociones y conductas.
- Técnicas: Incluye la reestructuración cognitiva, que es el proceso de identificar y cambiar pensamientos distorsionados o irracionales.
- Se basa en la idea de que las interpretaciones cognitivas de los eventos, más que los eventos en sí, son lo que determina cómo se siente y comporta una persona.

Tercera Generación - Terapias Contextuales y Basadas en la Aceptación:

- Autores: Steven C. Hayes y Marsha M. Linehan, Zindel Segal, etc
- Enfoque: La tercera generación se expande para incluir aspectos de mindfulness, aceptación y la relación entre el individuo y sus pensamientos y emociones.
- Técnicas: Incluye enfoques como la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (MBCT), y la Terapia Dialéctica Conductual (DBT).
- Estas terapias se centran **menos en cambiar el contenido de los pensamientos y más en cambiar la relación de la persona con sus pensamientos, promoviendo la aceptación y la conciencia plena.**

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, desfusión 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	Análisis de relaciones, desarrollo de habilidades sociales, resolución de conflictos	Trastornos relacionados con el estrés, problemas en relaciones personales	Gerald Klerman, Myrna Weissman

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

¿Cómo se ve un proceso de TCC primera generación?

Sesión 1: Evaluación y Educación.

Evaluar la naturaleza y severidad de la ansiedad, establecer una relación terapéutica, y educar al paciente sobre la ansiedad. La comprensión del trastorno es esencial para el tratamiento. La educación ayuda a desmitificar la ansiedad y a establecer una base para las intervenciones conductuales.

Sesión 2: Técnicas de Relajación

Enseñar técnicas de relajación, como la relajación muscular progresiva o la respiración diafragmática. Estas técnicas ayudan a reducir la activación fisiológica asociada con la ansiedad y a enseñar al paciente a controlar su respuesta de estrés.

Sesiones 3-5: Desensibilización Sistemática

Exponer gradualmente al paciente a situaciones ansiosas en un entorno controlado, empezando por las menos ansiosas. La exposición repetida y controlada a situaciones temidas ayuda a reducir la respuesta de ansiedad a través del proceso de habituación.

Sesiones 6-8: Entrenamiento en Habilidades de Afrontamiento

Desarrollar y practicar habilidades de afrontamiento, como resolución de problemas o técnicas de distracción. Estas habilidades proporcionan al paciente herramientas prácticas para manejar la ansiedad en situaciones de la vida real.

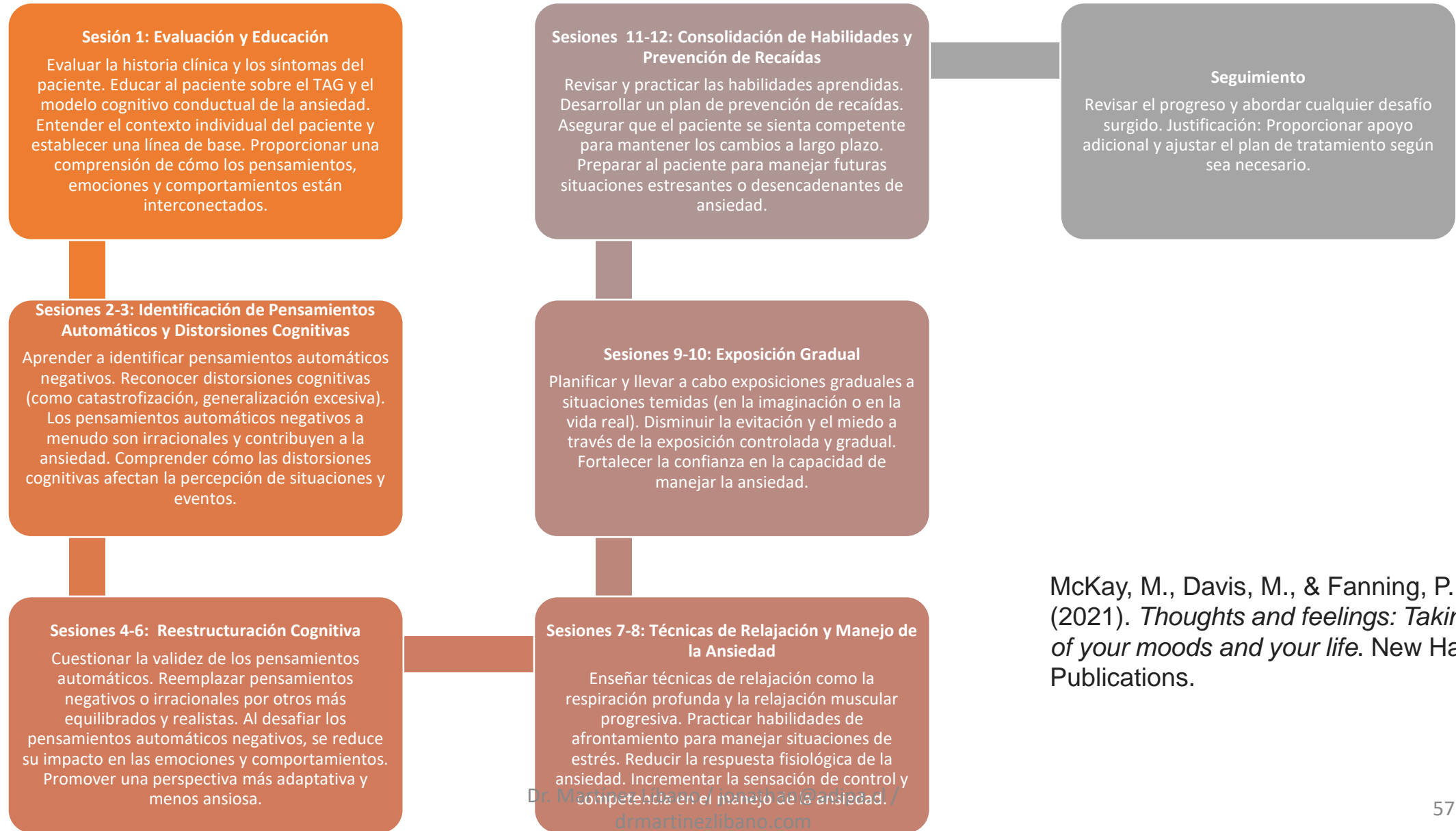
Sesión 9: Integración y Plan de Mantenimiento

Revisar las habilidades aprendidas, discutir los progresos y establecer un plan de mantenimiento a largo plazo. Asegurar que el paciente puede aplicar de manera independiente las habilidades aprendidas y mantener los logros a largo plazo.

Sesiones de Seguimiento:

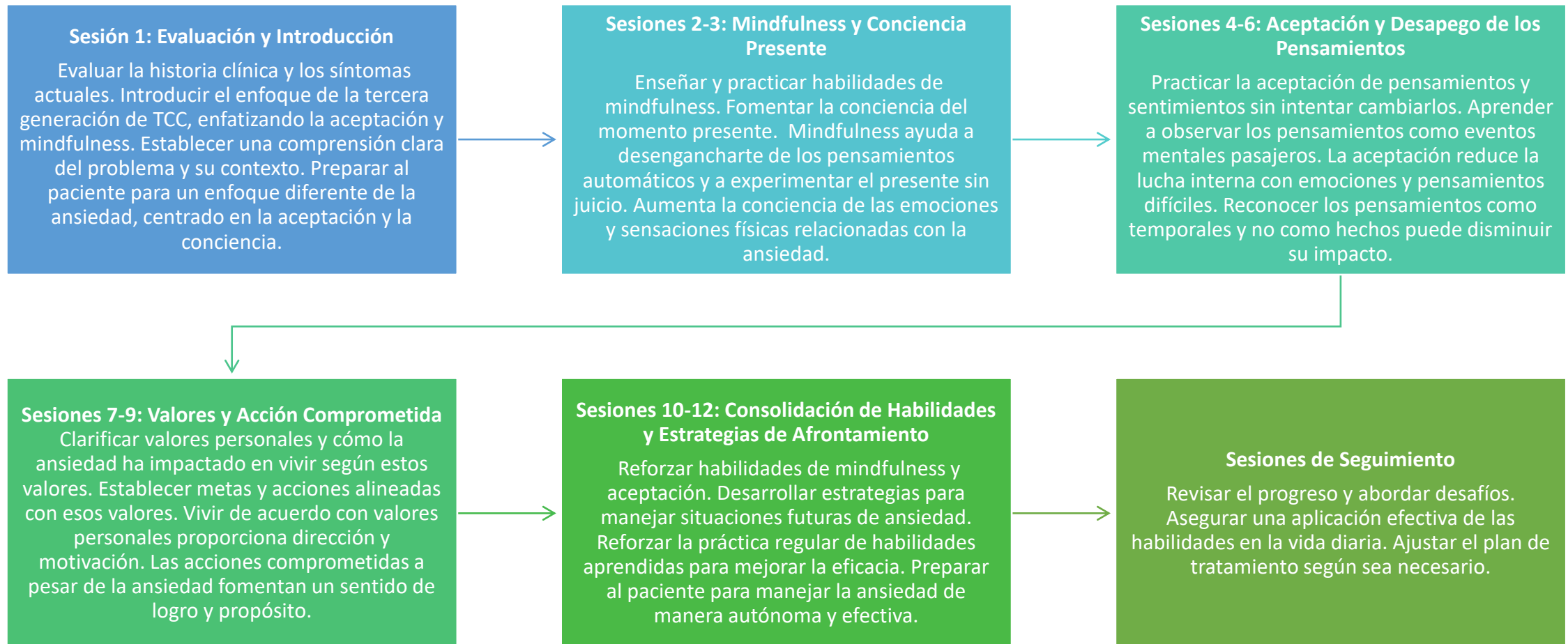
Monitorear el progreso y abordar cualquier retroceso o desafío emergente. Proporcionar apoyo continuo y ajustar el plan de tratamiento según sea necesario.

¿Cómo se ve un proceso de TCC segunda generación?



McKay, M., Davis, M., & Fanning, P. (2021). *Thoughts and feelings: Taking control of your moods and your life*. New Harbinger Publications.

¿Cómo se ve un proceso de TCC Tercera generación?



Baer, R. A., & Huss, D. B. (2008). Mindfulness-and acceptance-based therapy. *Twenty-first century psychotherapies: Contemporary approaches to theory and practice*, 123-166.

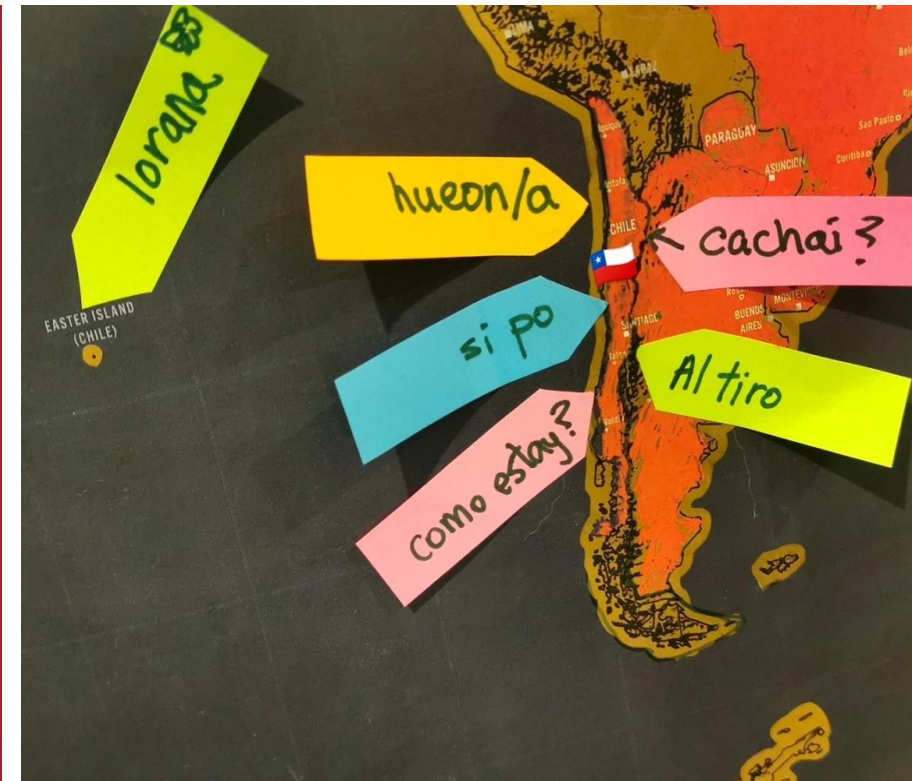
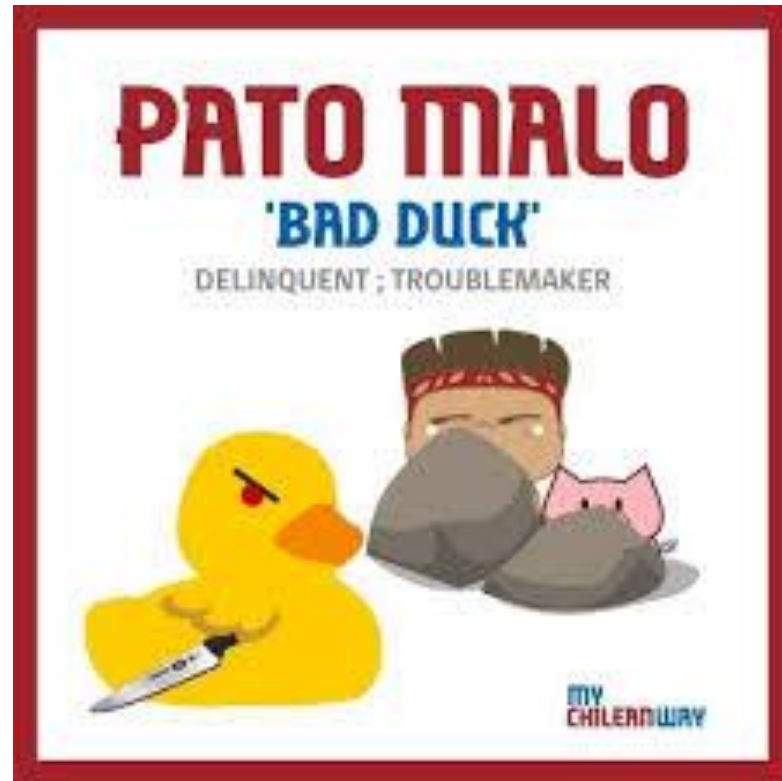
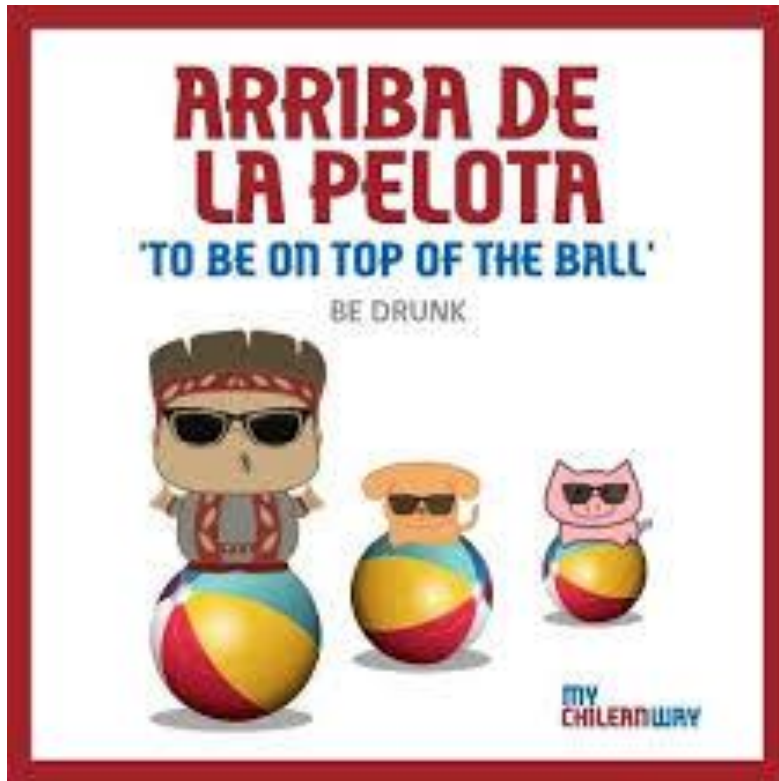
Hayes-Skelton, S. A., & Wadsworth, L. P. (2015). Mindfulness in the treatment of anxiety. *Handbook of mindfulness: Theory, research, and practice*, 367-386.

Cuadro Comparativo entre Generaciones TCC

Aspecto	Primera Generación (Terapia Conductual)	Segunda Generación (TCC Clásica)	Tercera Generación (Terapias Contextuales)
Enfoque Principal	Modificar comportamientos problemáticos	Modificar pensamientos y comportamientos negativos	Aceptar y relacionarse de manera diferente con pensamientos y emociones
Técnicas Clave	Condicionamiento clásico y operante, desensibilización sistemática, refuerzo y castigo	Reestructuración cognitiva, exposición, entrenamiento en habilidades	Mindfulness, Terapia de Aceptación y Compromiso, Terapia Dialéctica Conductual
Teóricos Principales	B.F. Skinner, Joseph Wolpe	Aaron Beck, Albert Ellis	Steven Hayes, Marsha Linehan, Jon Kabat-Zinn
Enfoque en Pensamientos	No	Sí	Menos énfasis en cambiar pensamientos
Enfoque en Comportamientos	Sí	Sí	Sí, pero con menos énfasis
Incorporación de Mindfulness	No	No	Sí

¿Cómo lo hago yo?

The Chilean Way TCC



Primera sesión Evaluación del motivo de consulta, historia de salud mental, genograma, quejas principales, de qué forma esto afecta, etc. Retroalimentación de posible diagnóstico, explicación cómo trabajo (Pensamientos, conductas y emociones). Tareas para la casa: Registro y Cuestionarios.

Segunda sesión Revisión de nuevos antecedentes, revisión de tarea, retroalimentación de cuestionarios. Informe de posible diagnóstico y comunicación de la forma en que se trabajará (app sesiones). PSICOEDUCACIÓN

Tercera sesión revisión de nuevos antecedentes, técnica de relajación, introducción al ABC. Ejercicio de ABC en la sesión. Tarea Registro y Tec Relajación.

Cuarta sesión revisión de nuevos antecedentes, revisión de tareas, evaluación de cuan cómodo fue el método de relajación.. Sirvió? No? Si?.. Si sirvió le pido que lo haga en la sesión para darle feedback, si no sirvió a que se debió y pruebo con otra técnica. ABC con situaciones anotadas en la semana.

Octava sesión: Revisión de nuevos antecedentes, revisar la tarea de reestructuración cognitiva, de qué forma se siente con esta herramienta. Sigue Tarea anotando y relajación y sigue con Reestructuración cognitiva.

Séptima sesión: Revisión de nuevos antecedentes, enseñanza de reestructuración cognitiva, ejercicio de reestructuración cognitiva. Sigue Tarea anotando y relajación. Se agrega formulario de Reestructuración Cognitiva.

Sexta sesión: Revisión de nuevos antecedentes, revisar la tarea, retroalimentación de los errores cognitivos, de qué forma estos errores cambian su conducta y afectan sus emociones. Role Playing (propio terapeuta). Sigue Tarea anotando y relajación.

Quinta sesión: Revisión de nuevos antecedentes, enseñanza de distorsiones cognitivas. Ejercicio de Distorsiones cognitivas en la sesión. Tarea seguir anotando situaciones en ABC y colocar el nombre del "error cognitivo". Sigue Tarea anotando y relajación.

Novena sesión: Revisión de nuevos antecedentes, revisar la tarea, reestructuración cognitiva. Técnicas específicas para el caso. Sigue Tarea anotando y relajación. Tarea anotando y relajación y sigue con Reestructuración cognitiva.

Decima sesión: Revisión de nuevos antecedentes, revisar la tarea, practicar la aceptación de pensamientos y sentimientos sin intentar cambiarlos (aquellos que son más profundos). Tarea anotando y relajación y sigue con Reestructuración cognitiva, anota que pensamientos y sentimientos son los más difíciles de cambiar.

Sesión 11 y 12: Desarrollar estrategias para manejar situaciones futuras de ansiedad. Tarea vuelve a contestar las escalas iniciales. Imaginería

Sesión 13: Cierre de proceso. Resultados de los cuestionarios, revisión de mejoras, refuerzo del control que retomo en su vida

Sesiones 14, 15 y 16 de revisión 1 cada mes.

Roles del Terapeuta TCC

Enfoque colaborativo: El terapeuta trabaja en colaboración con el cliente, fomentando una relación terapéutica de respeto mutuo y asociación. El cliente es considerado un experto en su propia vida, mientras que el terapeuta aporta su experiencia en estrategias de cambio.

Orientación hacia metas específicas: La TCC es una terapia orientada a objetivos. El terapeuta ayuda al cliente a definir metas claras y específicas al inicio del tratamiento y trabaja sistemáticamente hacia su logro.

Enfoque empírico: Los terapeutas cognitivo-conductuales adoptan un enfoque basado en la evidencia, utilizando técnicas y estrategias que han demostrado ser efectivas en la investigación científica.

Educación y concienciación: Parte del rol del terapeuta es educar al cliente sobre la relación entre pensamientos, emociones y comportamientos, y cómo estos aspectos interactúan en su experiencia de vida.

Habilidades de comunicación efectiva: La capacidad de escuchar activamente, hacer preguntas pertinentes, y comunicar ideas de manera clara es crucial para facilitar el proceso terapéutico.

Flexibilidad y adaptabilidad: Cada cliente es único, y un terapeuta efectivo debe ser capaz de adaptar las técnicas y enfoques de la TCC para satisfacer las necesidades individuales del cliente.

Fomento de la autoexploración y el autoconocimiento: El terapeuta anima al cliente a reflexionar sobre sus pensamientos, emociones y comportamientos, promoviendo un mayor autoconocimiento y comprensión.

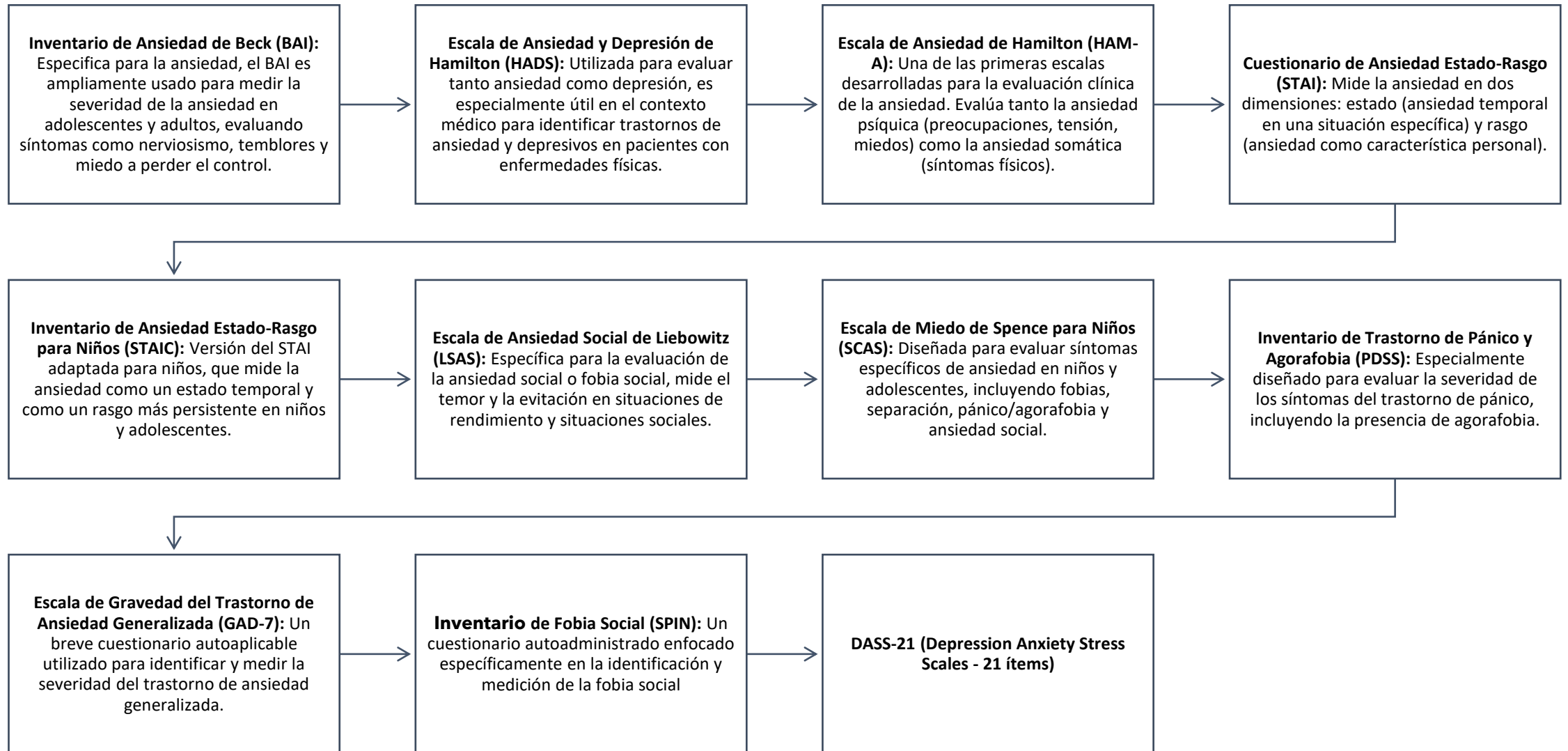
Enseñanza de habilidades de afrontamiento: La TCC implica enseñar al cliente habilidades prácticas y estrategias de afrontamiento para manejar situaciones difíciles y reducir los síntomas psicológicos.

Uso de tareas y ejercicios: Los terapeutas a menudo asignan tareas para hacer fuera de las sesiones, como la práctica de habilidades, la observación y registro de pensamientos y comportamientos, y la lectura de material relevante.

Fomento de la Independencia del cliente: Un objetivo clave es ayudar al cliente a convertirse en su propio terapeuta, equipándolo con las habilidades necesarias para manejar de manera independiente los desafíos futuros.



Midiendo Síntomas



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.

Técnicas de Respiración y Relajación

- Las técnicas de respiración y relajación son herramientas poderosas que pueden tener un impacto significativo en el desarrollo socioemocional de los adolescentes.
- 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.

Técnicas de Respiración

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, enfocándote en la exhalación activa.
- **Beneficios:** Energizante, mejora la función pulmonar y fortalece los músculos abdominales.



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 Dobrea^{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](https://clinicaltrials.gov: NCT04316832).

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.



Intervención TCC de Aaron Beck



Pensamientos automáticos:
Son las ideas que surgen espontáneamente en respuesta a un desencadenante y suelen ser breves, específicas y a menudo negativas. Estos pensamientos reflejan las creencias subyacentes de una persona y pueden ser irracionales o distorsionados.



Esquemas: Son estructuras cognitivas profundamente arraigadas que ayudan a organizar la información. Actúan como filtros a través de los cuales interpretamos el mundo. Los esquemas pueden ser adaptativos o desadaptativos. Beck sugiere que los esquemas desadaptativos, formados a menudo en la infancia, pueden llevar a patrones de pensamiento negativos persistentes.



Tríada cognitiva: Se refiere a la visión negativa que tienen las personas con depresión sobre sí mismas, su futuro y el mundo que les rodea. Esta tríada es un aspecto central de la depresión según Beck y es un objetivo importante en la terapia cognitiva.

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.

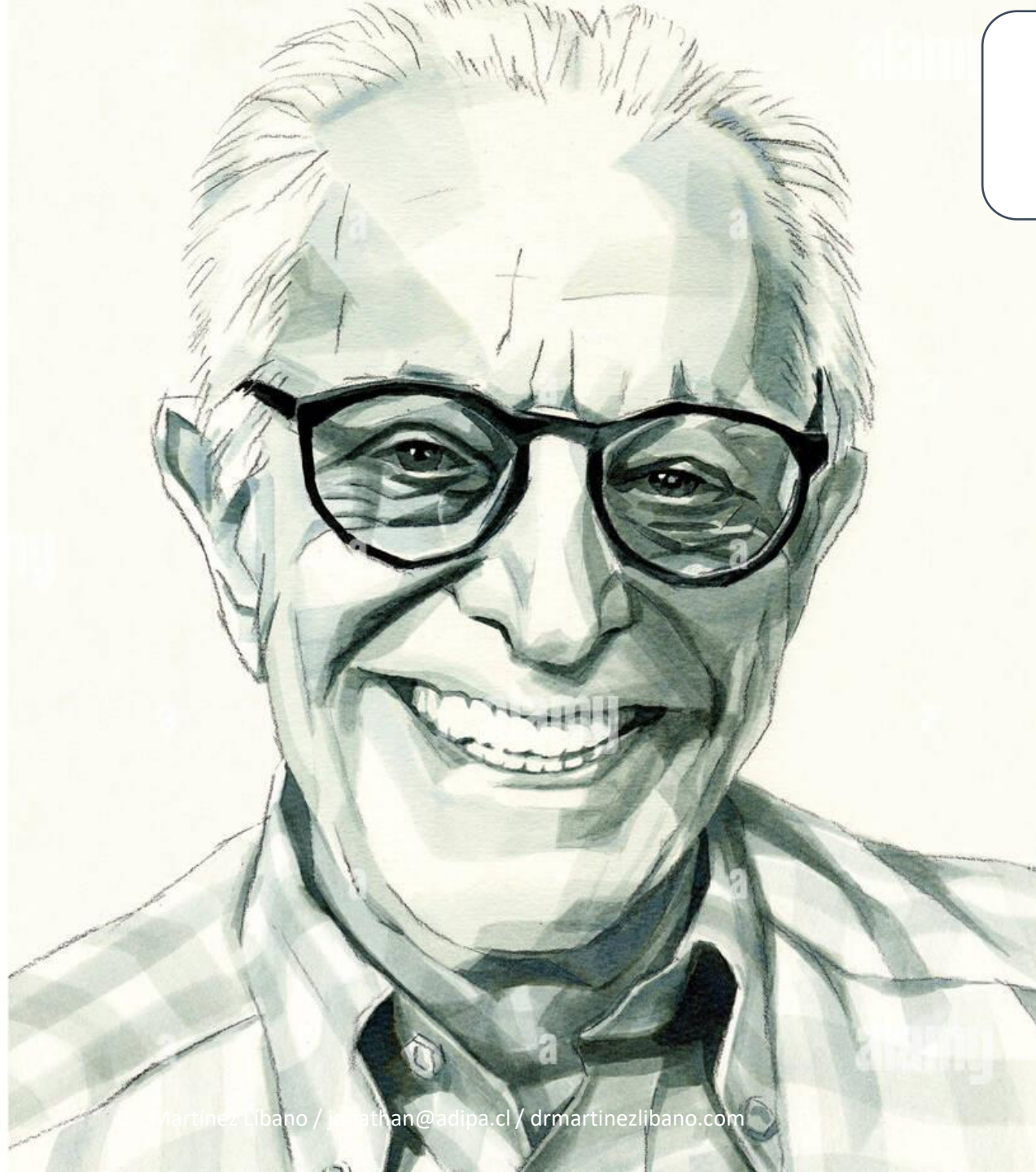
Debería: Utilizar "debería", "tendría que" o "debo" para establecer expectativas poco realistas para uno mismo u otros. Por ejemplo, pensar "debo ser siempre fuerte y nunca mostrar ansiedad".

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 insoportable. Por ejemplo, sentir ansiedad porque no se puede predecir el resultado de un evento futuro.



Intervención TCC Albert Ellis

Ellis propuso que nuestras reacciones emocionales y comportamientos son el resultado de nuestras creencias (B), y no directamente de los eventos (A) que ocurren en nuestras vidas. El modelo A-B-C es central en la TRE, donde A representa el evento o situación activadora, B representa la creencia sobre el evento, y C representa la consecuencia emocional o comportamental.

Ellis identificó tres creencias irracionales principales que a menudo contribuyen al malestar emocional:

La demanda de aprobación: La creencia de que es vital y necesario ser amado y aprobado por prácticamente todas las personas significativas en nuestra vida.

La demanda de justicia: La creencia de que las cosas deben ser diferentes de cómo son, a menudo formulada en términos de "debería" o "tengo que".

La autoevaluación global: La tendencia a calificar globalmente nuestra valía o valor personal en base a eventos externos.

El Modelo ABC

A - Acontecimiento Activador (Activating Event):

Esto representa el evento o situación externa. Puede ser algo que realmente ocurrió, una acción de otra persona, o incluso un pensamiento interno. Por ejemplo, recibir una crítica en el trabajo.

B - Creencias (Beliefs):

Aquí entran las interpretaciones, creencias y pensamientos sobre el acontecimiento activador. Estas creencias pueden ser racionales o irracionales. Por ejemplo, pensar que la crítica significa que uno es incompetente (creencia irracional) o que es una oportunidad para aprender y mejorar (creencia racional).

C - Consecuencias (Consequences):

Son las respuestas emocionales y conductuales que resultan de nuestras creencias (B). Siguiendo el ejemplo, si uno cree que la crítica significa incompetencia, puede sentirse deprimido o ansioso (consecuencia emocional) y tal vez evite tareas similares en el futuro (consecuencia conductual). Si la creencia es que la crítica es una oportunidad para mejorar, uno podría sentirse motivado y abordar activamente áreas de mejora.



El Modelo ABC: Crisis De Pánico

A - Acontecimiento Activador:

El paciente está en un supermercado y de repente comienza a sentir un aumento en su ritmo cardíaco.

B - Creencias:

El paciente interpreta este aumento del ritmo cardíaco como un signo de que algo terrible va a suceder, posiblemente un ataque al corazón o una pérdida total de control.

•Nota: Estas son creencias irracionales, ya que un aumento del ritmo cardíaco puede ser simplemente una respuesta natural a la ansiedad o al esfuerzo, y no necesariamente un indicador de algo más grave.

C - Consecuencias:

Debido a estas creencias irracionales, el paciente experimenta una intensa ansiedad y miedo, que se escalan rápidamente en una crisis de pánico completa. Físicamente, puede experimentar síntomas como sudoración, temblores, sensación de ahogo, y mareos. Conductualmente, puede buscar salir rápidamente del supermercado, evitar futuras visitas a lugares con mucha gente, o desarrollar un comportamiento de evitación.

Dr. Martínez Libano / jonathan@adipa.cl / drmartinezlibano.com

El Modelo ABC: TEPT

A - Acontecimiento Activador:

El paciente escucha un ruido fuerte e inesperado, como un coche tocando la bocina bruscamente.

B - Creencias:

El paciente cree que este ruido es una señal de peligro inminente, posiblemente relacionado con una experiencia traumática previa (por ejemplo, si el paciente es un veterano, podría asociar el ruido con un disparo en un entorno de combate). Estas creencias pueden no ser proporcionales a la realidad actual, pero están influenciadas por el trauma pasado.

C - Consecuencias:

Emocionalmente, el paciente puede experimentar una intensa ansiedad, miedo, o incluso un flashback del evento traumático. Físicamente, puede mostrar síntomas como taquicardia, sudoración, o temblores. Conductualmente, podría tratar de huir del lugar o mostrar una respuesta de lucha o huida. A largo plazo, puede empezar a evitar situaciones que puedan desencadenar recuerdos del trauma, limitando significativamente su vida cotidiana.



Continuación del Modelo D - F

D - Debate (Disputation):

- Esta etapa involucra el cuestionamiento activo de las Creencias (B) irracionales identificadas.
- El terapeuta ayuda al paciente a disputar estas creencias mediante la lógica, la búsqueda de evidencia y el cuestionamiento de la utilidad de estas creencias.
- Por ejemplo, si un paciente cree que un error menor en el trabajo significa que es completamente incompetente, el terapeuta podría preguntar: "¿Hay evidencia que realmente apoye esta creencia?", "¿Cometer un error ocasional realmente significa que alguien es completamente incompetente?", o "¿Cómo te ayuda esta creencia?".

E - Efecto Nuevo (Effective New Belief):

- Esta fase se enfoca en el desarrollo y fortalecimiento de nuevas creencias racionales y constructivas que reemplacen las antiguas creencias irracionales.
- El objetivo es que estas nuevas creencias lleven a emociones y comportamientos más saludables y adaptativos.
- Siguiendo con el ejemplo anterior, una nueva creencia efectiva podría ser: "Cometer un error en el trabajo es una parte normal del aprendizaje y crecimiento, y no me define como persona ni determina mi competencia general"

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.

Ejemplo Laura C. Pánico

A - Acontecimiento Activador:

- Laura recibe un correo electrónico con su nota de una prueba importante, la cual es significativamente más bajo de lo esperado.

B - Creencias:

- En la sesión de terapia, Laura expresa sus pensamientos: "No puedo creer lo mal que me fue. Siempre me esfuerzo y aun así fracaso. Seguro que todos piensan que soy una completa inútil."

C - Consecuencias:

- Laura describe sus reacciones: "Cada vez que pienso en el examen, mi corazón se acelera, me cuesta respirar y siento como si el mundo se fuera a acabar. He empezado a evitar clases y estudiar porque solo empeora las cosas."

D - Debate (Disputation):

- El terapeuta interviene: "Laura, ¿puedes pensar en alguna evidencia que contradiga la idea de que eres una 'completa inútil' por una mala calificación?"
- Laura reflexiona: "Bueno, he tenido buenas calificaciones en otros cursos. Y mis amigos y profesores suelen decir que soy inteligente y dedicada."
- Terapeuta: "Correcto. ¿Cómo podemos usar esa información para ver esta prueba bajo una luz diferente?"

E - Efecto Nuevo (Effective New Belief):

- Después de algunas sesiones, Laura empieza a adoptar una nueva perspectiva: "Esta nota es sólo un contratiempo, no una medida de mi valor total como estudiante. Puedo aprender de mis errores y mejorar. No tengo que ser perfecta para ser competente."

PRIMER PASO: DESCRIBE EL ACONTECIMIENTO QUE TE PREOCUPA:

SEGUNDO PASO: ANOTA TUS EMOCIONES NEGATIVAS (rabia, pena, ansiedad, desánimo, etc.) y puntúa cada uno de ellos de 0 (nada) a 100 (máximo).

TERCER PASO: TÉCNICA DE LAS TRES COLUMNAS

Pensamientos automáticos	Distorsiones	Respuestas racionales

Método Socrático



El método socrático es una técnica que se basa en el método de diálogo desarrollado por el filósofo griego Sócrates.

Exploración de Evidencia: Se anima al paciente a examinar la evidencia que respalda y contradice sus creencias. Esto implica cuestionar la validez de los pensamientos y considerar si realmente se basan en hechos o son suposiciones infundadas.

En el contexto de la TCC, esta técnica se utiliza para ayudar a los pacientes a explorar y desafiar sus pensamientos y creencias irracionales o distorsionados.

Examen de Alternativas: Se fomenta la consideración de diferentes interpretaciones o puntos de vista sobre la misma situación. Esto ayuda a los pacientes a ver que hay múltiples formas de entender un evento o circunstancia, lo que puede reducir la angustia.

Desarrollo de un Nuevo Entendimiento: A través de este proceso de cuestionamiento y exploración, el paciente puede llegar a una comprensión más equilibrada y realista de sus pensamientos y situaciones, lo que a menudo conduce a una disminución de la angustia emocional y a un cambio en el comportamiento.

Clarificación: Se pide al paciente que describa sus pensamientos y sentimientos de manera detallada. Esto ayuda a identificar los pensamientos automáticos y las creencias subyacentes que pueden estar contribuyendo a su malestar emocional o comportamiento problemático.

Evaluación de las Consecuencias: Se discuten las consecuencias de mantener ciertas creencias o pensamientos. Esto puede incluir cómo estos pensamientos afectan emocionalmente al paciente y cómo influyen en su comportamiento.

Interrogatorio
acerca de los
pensamientos
automaticos

INTERROGATORIO ACERCA DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS

1. ¿Cuál es la evidencia?
¿Cuál es la evidencia a favor del pensamiento?
¿Cuál es la evidencia en contra?
2. ¿Hay alguna explicación alternativa?
3. ¿Cuál es la peor cosa que podría ocurrir? ¿Podría sobrellevarlo?
¿Qué es lo mejor que podría ocurrir?
¿Cuál es la posibilidad más realista?
4. ¿Cuál es el efecto de creer en ese pensamiento automático?
¿Cuál sería la consecuencia en caso de cambiarlo?
5. ¿Qué debo hacer al respecto?
6. ¿Qué le diría a _____ (un amigo) si estuviste en esta misma situación?

Técnica de Exposición Intencional



Técnica de Exposición Intencional

- La técnica de exposición intencional es un método terapéutico utilizado principalmente en el tratamiento de trastornos de ansiedad, incluyendo el trastorno de estrés postraumático (TEPT), trastornos fóbicos y trastorno obsesivo-compulsivo (TOC).
- Esta técnica implica exponer al paciente, de manera controlada y gradual, a los pensamientos, imágenes, objetos o situaciones que le provocan ansiedad o miedo, con el objetivo de reducir la respuesta emocional negativa asociada a estos estímulos.



Diario de Gratitud

Ejemplo de Diario de Gratitud

Fecha: xxxx

1. Agradecimiento 1:

1. **Descripción:** Logré viajar en micro a la universidad sin sentir ansiedad grande.
2. **Por qué estoy agradecido/a:** Esto es un gran paso, muestra que estoy llegando a dominar la angustia

2. Agradecimiento 2:

1. **Descripción:** Mi profesora me felicito por que me fue bien en la catedra de romano.
2. **Por qué estoy agradecido/a:** esto me hizo sentir muy bien y que mi decisión por la carrera fue la correcta.

3. Agradecimiento 3:

1. **Descripción:** Pude concentrarme en la lectura de la U.
2. **Por qué estoy agradecido/a:** Por que mi ansiedad antes me impedía concentrarme en estudiar

Reflexión Final del Día

•**Reflexión:** A pesar de tener ansiedad hay logros y momentos buenos en todos los días. Me siento cada vez mejor y creo en los avances que me ha dicho el psicólogo. **FP: 19 AÑOS**

ESTUDIANTE DERECHO

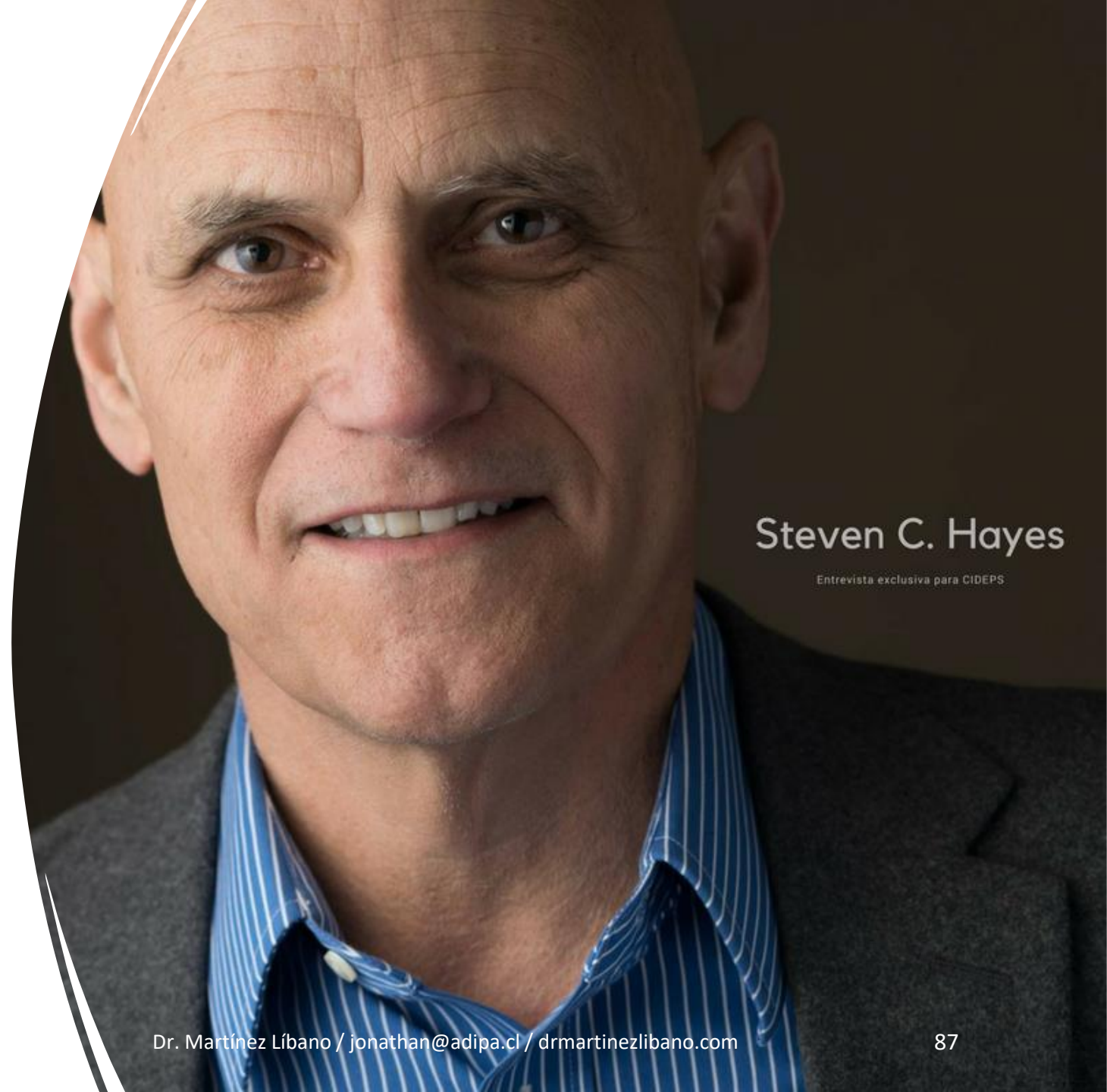
El propósito de este diario es alentar al individuo a identificar y reflexionar sobre los aspectos positivos de su vida diaria.

El diario puede ser especialmente útil para personas con pensamientos negativos, depresión o ansiedad.

Refuerza los avances que se esta realizando en el proceso

La práctica regular de la gratitud ha demostrado tener efectos positivos en el bienestar emocional y psicológico.

Terapia Aceptación Compromiso



Steven C. Hayes

Entrevista exclusiva para CIDEPS

Antecedentes Generales

- La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT, Acceptance and Commitment Therapy) es una forma de terapia psicológica que utiliza estrategias de aceptación y mindfulness junto con estrategias de cambio de comportamiento, para aumentar la flexibilidad psicológica.
- Fue desarrollada a finales de los años 80 por Steven C. Hayes, un psicólogo estadounidense.
- La Teoría del Marco Relacional (RFT, "Relational Frame Theory") es una teoría psicológica que se centra en cómo los seres humanos aprenden el lenguaje y cómo la capacidad de relacionar eventos de manera arbitraria juega un papel clave en la cognición y el comportamiento humano.
- Sin embargo, a diferencia de la TCC tradicional, que se enfoca en modificar o cambiar pensamientos negativos, la ACT se centra en cambiar la relación de una persona con sus pensamientos y emociones.

Wersebe, H., Lieb, R., Meyer, A. H., Hofer, P., & Gloster, A. T. (2018). The link between stress, well-being, and psychological flexibility during an Acceptance and Commitment Therapy self-help intervention. *International journal of clinical and health psychology*, 18(1), 60-68.

Dr. Martínez Libano / jonathan@adipa.cl / drmartinezlibano.com



- Los resultados indicaron mejoras significativas de las intervenciones basadas en ACT.
- Estrés (g de Hedges = 0,36)
- Síntomas depresivos (g = 0,32)
- Ansiedad (g = 0,29)
- Angustia (g = 0,29)
- Flexibilidad psicológica (g = 0,51)
- Conciencia plena/capacidades de atención plena (g = 0,41)
- Confianza/autocontrol eficacia (g = 0,30) de los padres
- Problemas emocionales y conductuales (PBE; g = 0,39) de sus hijos con SHCN

View PDF Download full issue

 **Comprehensive Psychiatry**
Volume 127, November 2023, 152426 

Effectiveness of acceptance and commitment therapy-based interventions for improving the psychological health of parents of children with special health care needs: A systematic review and meta-analysis

Sini Li ^{a, b}, Zengyu Chen ^c, Yijing Yong ^d, Jiao Xie ^e  , Yamin Li ^{a, c}  

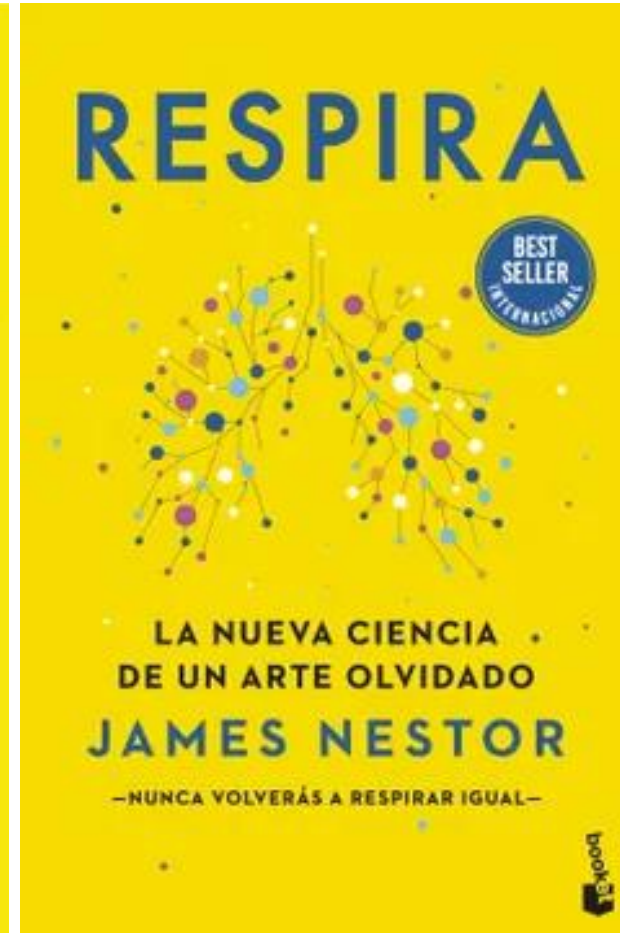
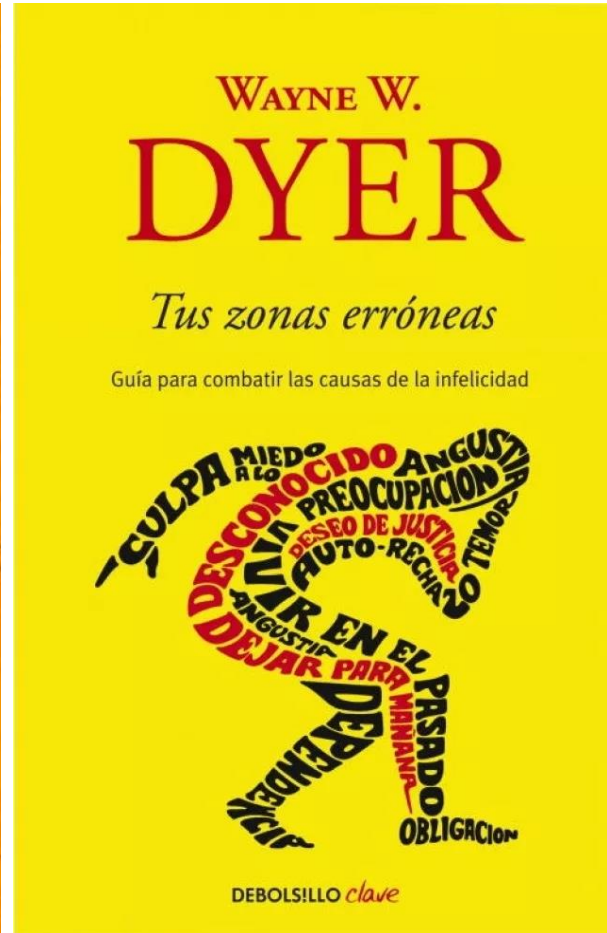
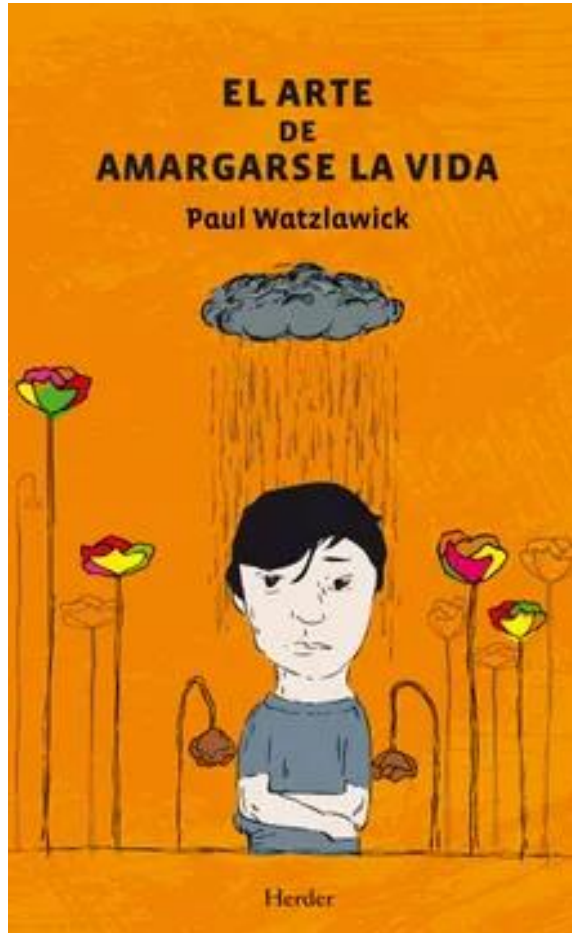
Show more 

+ Add to Mendeley  Share  Cite

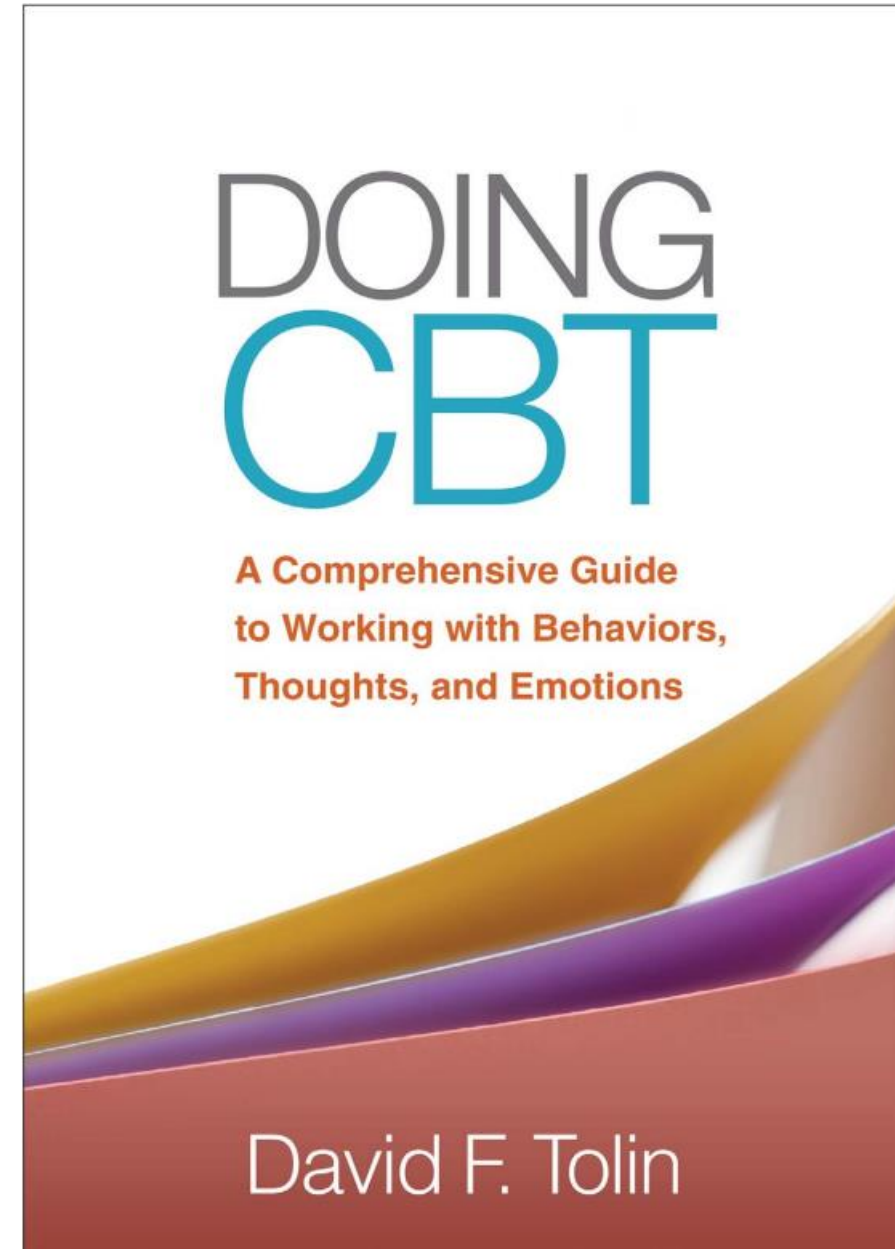
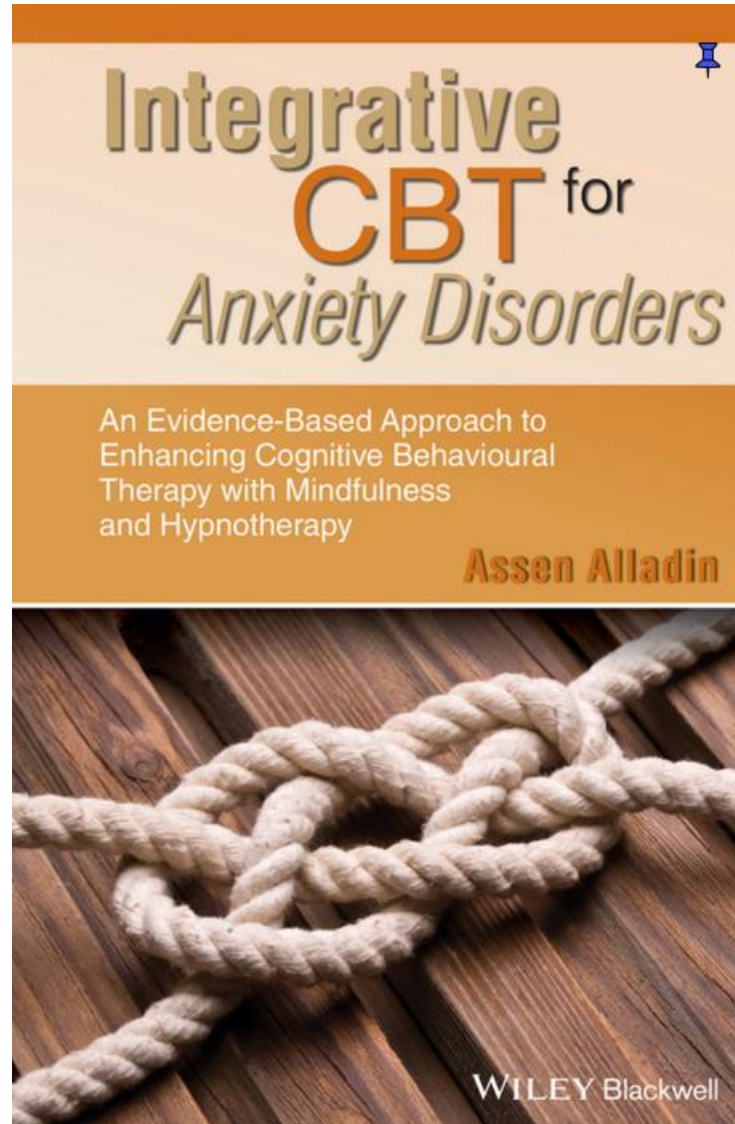
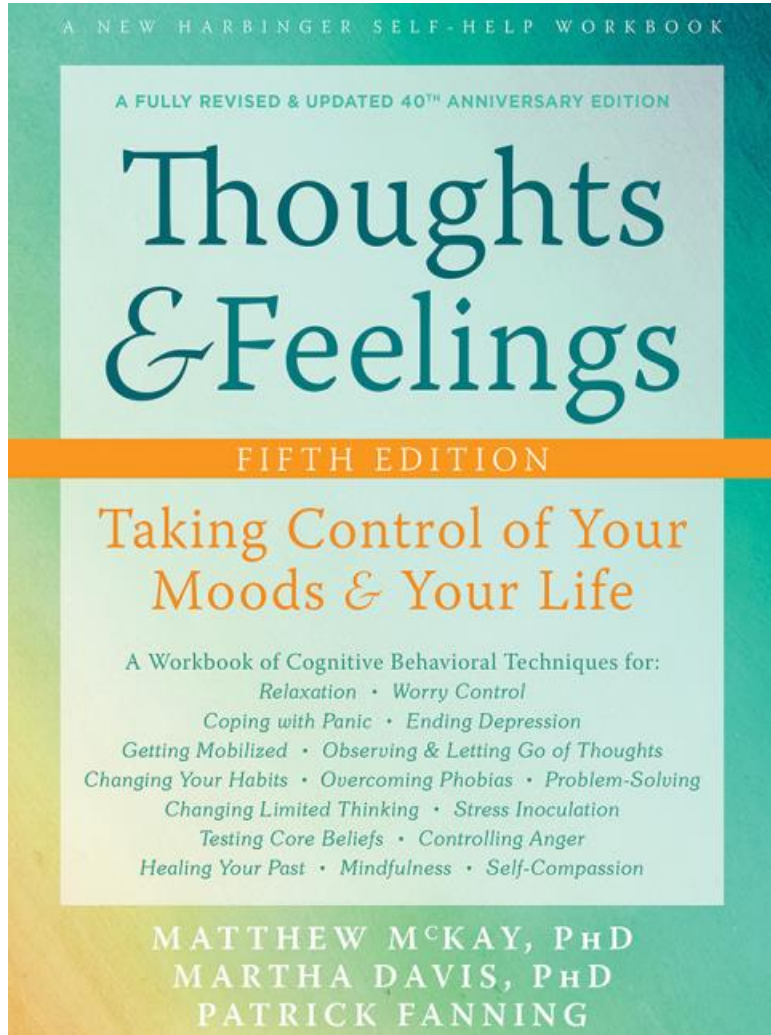
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2023.152426>  [Get rights and content](#)

Under a Creative Commons [license](#)   open access

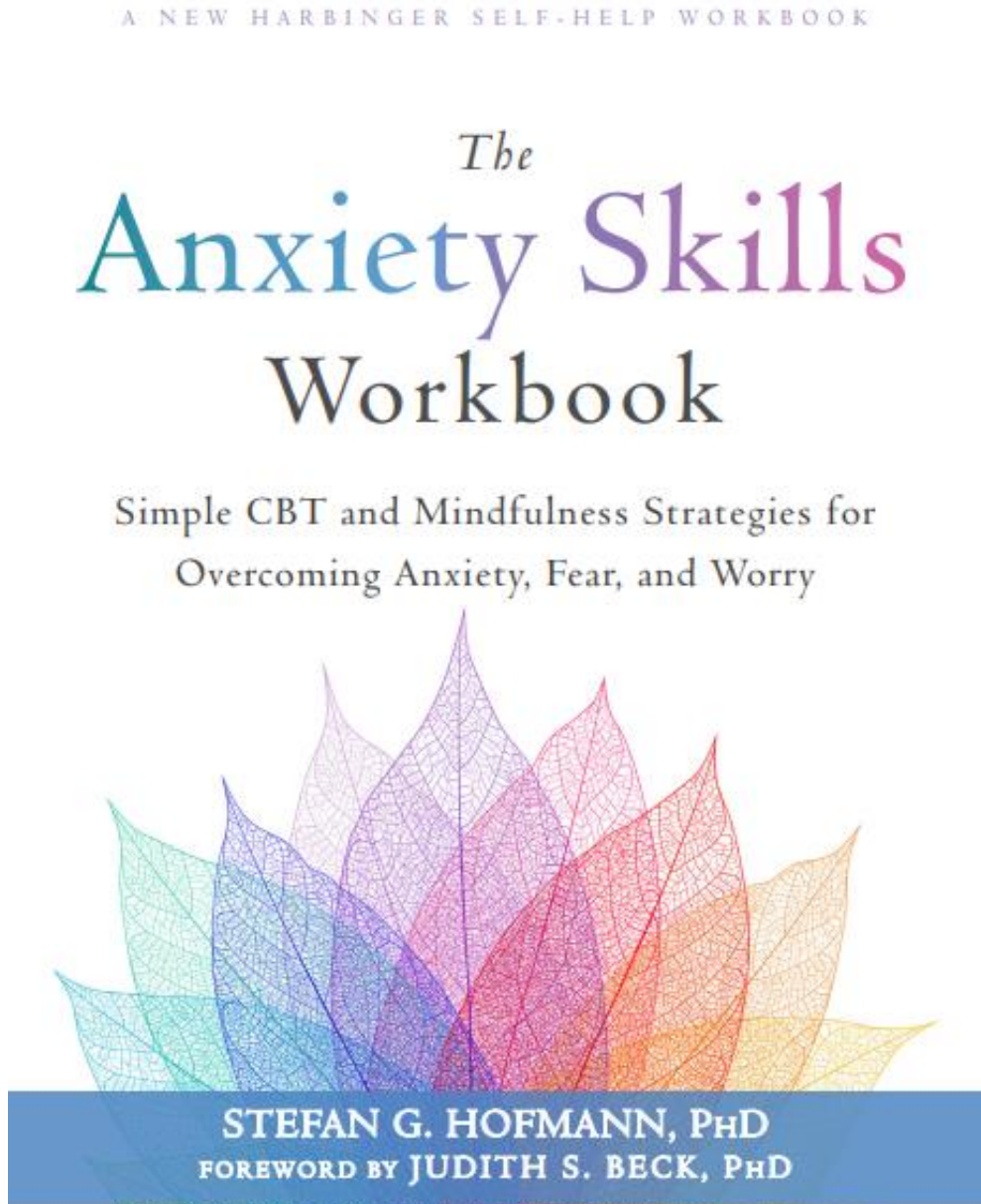
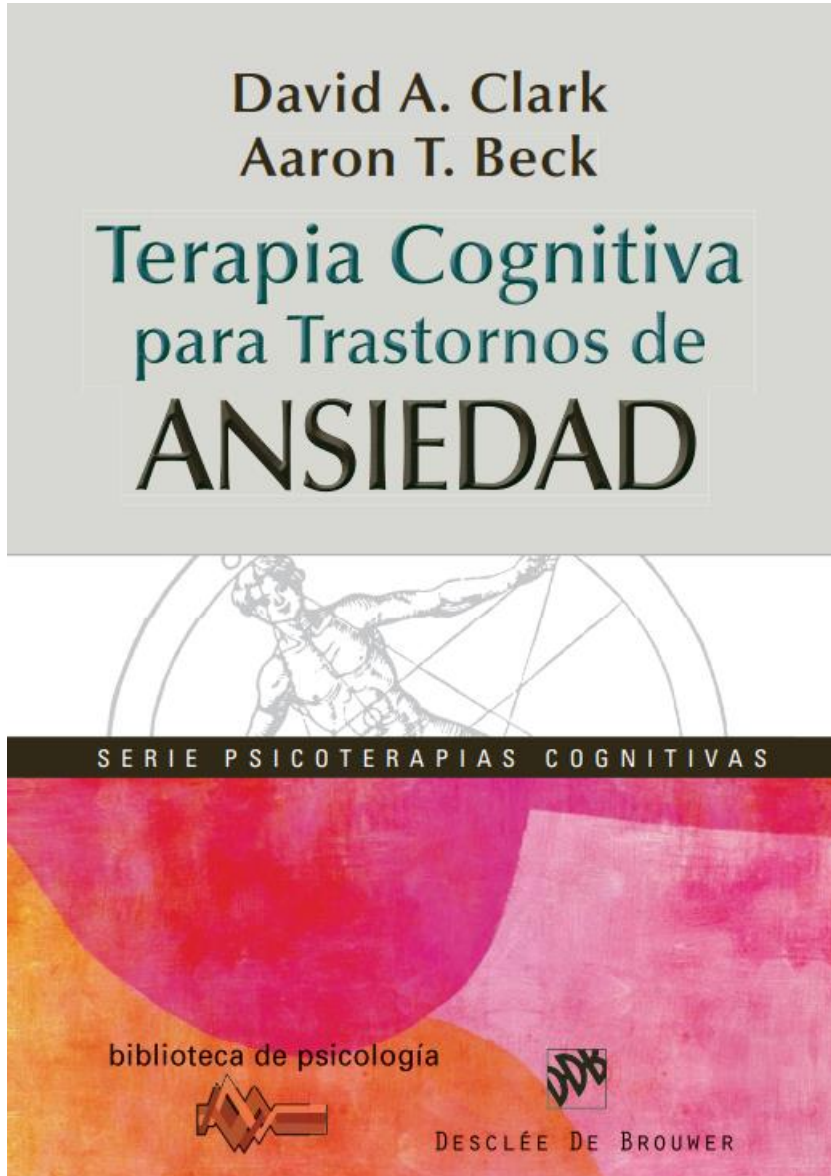
Libros que he recomendado



Recomendaciones de profundización



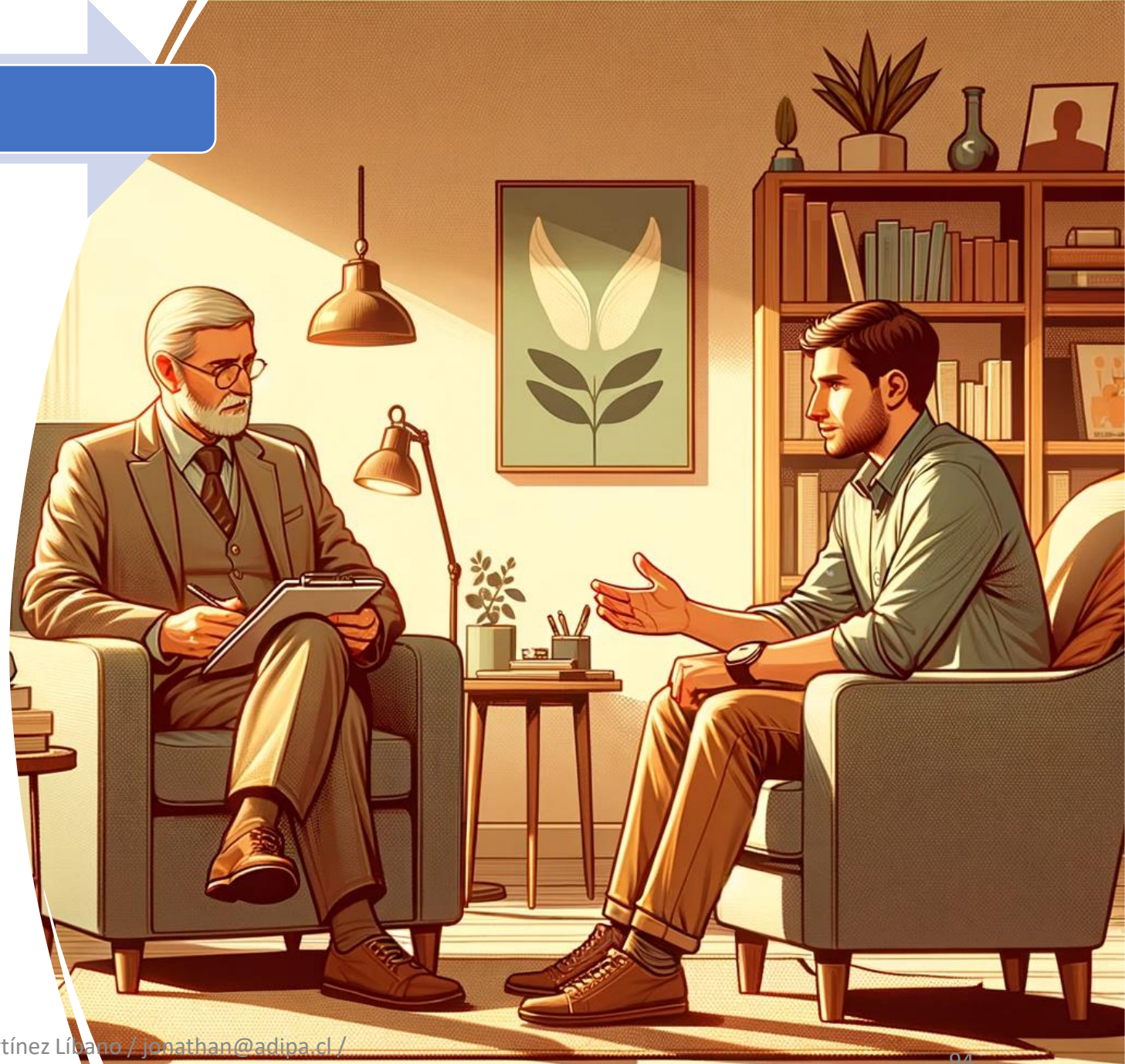
Recomendaciones de profundización





El/La buen Terapeuta TCC...

- Un buen terapeuta de TCC establece metas razonables y significativas para el tratamiento.
- Un buen terapeuta de TCC utiliza la mejor evidencia científica para comprender el problema y seleccionar tratamientos, y combina esa ciencia con el arte de la psicoterapia.
- Un buen terapeuta de TCC mira más allá del diagnóstico e intenta entender por qué el problema de este cliente persiste.
- Un buen terapeuta de TCC siempre enmarca sus ideas como hipótesis y está dispuesto a equivocarse.
- La TCC es principalmente una forma de pensar sobre los problemas psicológicos.
- Una buena TCC proviene de la interacción entre una buena terapia, una buena conceptualización y una buena técnica.
- En general, la TCC tiende a ser centrada, limitada en el tiempo, orientada al presente, activa y directiva, enfatizando metas medibles e hipótesis comprobables.
- Las conceptualizaciones de la TCC comienzan identificando el proceso patológico central: la interacción entre comportamientos, pensamientos y emociones maladaptativos.



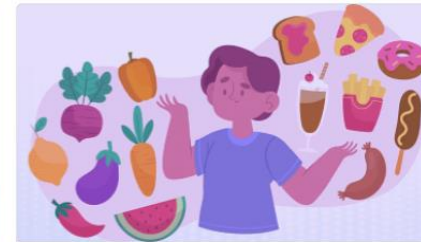
Invitaciones Finales



Diplomado en Terapia Cognitivo Conductual (TCC) con adolescentes

● Programa en Vivo ⓘ

📅 Inicio: Viernes 03 de Mayo



Curso: Especialización en Terapia Cognitivo-Conductual para Trastornos de la Conducta Alimentaria

● Programa en Vivo ⓘ

📅 Inicio: Martes 12 de Marzo



Curso: Técnicas Efectivas de Terapia Cognitivo-Conductual en Psicoterapia

● Programa en Vivo ⓘ

📅 Inicio: Martes 19 de Marzo

Programas que enseñan



Curso: Especialización en Técnicas de Terapia Cognitivo Conductual para la Depresión...

● Programa en Vivo ⓘ

📅 Inicio: Miércoles 15 de Mayo

Ver detalle +



Diplomado en Salud Mental Escolar

● Programa en Vivo ⓘ

📅 Inicio: Viernes 31 de Mayo

Ver detalle +




Curso: Especialización en Psicoterapia Cognitiva Conductual centrada en el Trauma

● Programa en Vivo ⓘ

📅 Inicio: Miércoles 17 de Abril

Ver detalle +





Terapia Cognitiva Conductual (TCC)

PRIMER PASO: DESCRIBE EL ACONTECIMIENTO QUE TE PREOCUPA:

SEGUNDO PASO: ANOTA TUS EMOCIONES NEGATIVAS (rabia, pena, ansiedad, desánimo, etc.) y puntúa cada uno de ellos de 0 (nada) a 100 (máximo).

TERCER PASO: TÉCNICA DE LAS TRES COLUMNAS

<i>Pensamientos automáticos</i>	<i>Distorsiones</i>	<i>Respuestas racionales</i>