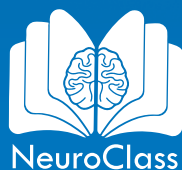


TCC PARA EL ABORDAJE DE ANSIEDAD Y ESTRÉS

Estrategias prácticas y efectivas



TCC PARA EL ABORDAJE DE ANSIEDAD Y ESTRÉS

Estrategias prácticas y efectivas

Este documento es un resumen que recoge los
apuntes y contenidos académicos del curso *online*
TCC para el abordaje de ansiedad y estrés: Estrategias prácticas y efectivas.

Disertante:

Lic. Antonella Perurena

Redacción y edición:

Enzo Calicchio Saavedra, Matilde Gallo Fraga y Victoria López Ramírez

Objetivos:

1. Comprender las bases conceptuales, clínicas y neurobiológicas de la ansiedad y el estrés.
2. Diferenciar entre expresiones adaptativas y patológicas de la ansiedad y del estrés.
3. Reconocer los principales trastornos de ansiedad y su comorbilidad con otros cuadros clínicos.
4. Conocer y aplicar modelos explicativos que orienten la intervención clínica desde la TCC.
5. Identificar los principios, estructura y fundamentos empíricos de la TCC para el tratamiento de la ansiedad y el estrés.
6. Desarrollar habilidades para aplicar técnicas de psicoeducación, regulación emocional, reestructuración cognitiva y exposición.
7. Incorporar estrategias de prevención de recaídas y fortalecimiento de la autonomía del consultante.
8. Integrar conocimientos mediante el análisis de casos prácticos que reflejen situaciones clínicas frecuentes.

Disertante:



Lic. Antonella Perurena

Licenciada en Psicología, egresada de la Universidad de la República (Uruguay). Formación de posgrado en Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) con orientación clínica en adultos en la Sociedad Uruguaya de Análisis y Terapia del Comportamiento (SUATEC).

Índice

MÓDULO I

Bases conceptuales de la ansiedad1

1.1. Introducción al Módulo I2

1.2. Definición y bases conceptuales2

1.2.1. ¿Qué mecanismos cerebrales se activan en la ansiedad?4

1.2.2. Diferenciación entre ansiedad adaptativa y patológica5

1.2.3. Tipos de trastornos de ansiedad y sus características6

1.2.3.1. Trastorno de ansiedad generalizada (TAG)6

1.2.3.2. Fobia específica6

1.2.3.3. Agorafobia6

1.2.3.4. Trastorno de pánico7

1.2.3.5. Trastorno de ansiedad social (fobia social)7

1.2.3.6. Trastorno de ansiedad por separación7

1.2.3.7. Mutismo selectivo7

1.2.3.8. Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos ...7

1.2.3.9. Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica7

1.2.3.10. Otro trastorno de ansiedad especificado7

1.2.3.11. Trastorno de ansiedad no especificado7

1.2.3.12. Trastornos relacionados8

1.2.4. Comorbilidades en los trastornos de ansiedad8

1.2.4.1. Comorbilidad con depresión mayor8

1.2.4.2. Comorbilidad con distimia8

1.2.4.3. Comorbilidad con trastorno bipolar8

1.2.5. Modelos explicativos de los trastornos de ansiedad9

1.2.5.1. Modelo de triple de respuesta [1968]9

1.2.5.2. Modelo de Dos Factores [1957]9

1.2.5.3. Modelo de procesamiento de la información [Beck y Clark, 1997]10

Resumen del módulo I11

MÓDULO II	
El estrés y su impacto en la salud mental	13
2.1. Introducción al módulo II	14
2.2 Bases conceptuales del estrés	14
2.2.1 Diferencias entre estrés agudo y crónico	15
2.2.2. Factores de vulnerabilidad y mantenimiento del estrés	15
2.2.3. Impacto del estrés crónico en la salud mental y física	16
2.2.4. Modelos explicativos del estrés	17
2.2.4.1. Modelo general de adaptación [GAS]	17
2.2.4.2. Modelo transaccional del estrés	17
2.2.4.3. Modelo de conservación de recursos [COR]	17
Resumen del módulo II	18

MÓDULO III	
Terapia Cognitivo-Conductual: Principios y evidencia	19
3.1. Introducción al módulo III	20
3.1.1. Evidencia científica y eficacia en ansiedad y estrés	21
3.1.2. Diferencias con otros enfoques terapéuticos	21
3.1.3. Estructura de la intervención terapéutica	22
3.1.4. TCC: Conceptualización y abordaje para la ansiedad y el estrés	23
3.1.4.1. La ansiedad desde la TCC	24
3.1.4.2. El estrés desde la TCC	25
3.2. Psicoeducación	26
3.2.1. La psicoeducación como estrategia terapéutica	26
3.2.1.2. Fundamentos teóricos de la psicoeducación en TCC	26
3.2.1.3. Rol de la información en la regulación emocional	27
3.2.1.4. Particularidades del uso en ansiedad y estrés	28
3.2.1.5. Psicoeducación para reducir la evitación	28
3.2.2. Estrategias específicas de psicoeducación para ansiedad y estrés	29
3.2.2.1. Explicación del ciclo ansiedad-estrés	29

3.2.2.2. Introducción al sistema nervioso y la respuesta fisiológica	30
3.2.2.3. Analogías y metáforas	31
3.2.2.4. Uso de esquemas y gráficos	31
3.2.3. Educación emocional básica	32
3.2.3.1. Nombrar las emociones	32
3.2.3.2. Diferenciar emociones	32
3.2.3.3. Validar las emociones	32
3.2.3.4. Educación emocional en la ansiedad y el estrés	33
3.2.4. Consideraciones clínicas en el uso de la psicoeducación	33
3.2.5. Caso clínico aplicado: Intervención psicoeducativa estratégica ...	34
Resumen del módulo III	35

MÓDULO IV

Regulación emocional y relajación37

4.1. Introducción al módulo IV	38
4.2. Regulación emocional	38
4.2.1. Afrontamiento adaptativo de las emociones	38
4.2.2. Estrategias de regulación basadas en aceptación	39
4.2.2.1. Veamos un ejemplo clínico	40
4.2.3. Desarrollo de tolerancia a la incertidumbre	41
4.2.3.1. Veamos un ejemplo clínico	42
4.3. Técnicas de relajación	43
4.3.1. Relajación muscular progresiva	43
4.3.1.1. Aplicación práctica	44
4.3.1.2. Veamos un ejemplo clínico	45
4.3.2. Respiración diafragmática	46
4.3.2.1. Aplicación práctica	46
4.3.2.2. Veamos un ejemplo clínico	47
4.3.3. <i>Mindfulness</i> y técnicas de atención plena	48
4.3.3.1. Aplicación práctica	49

4.3.3.2. Veamos un ejemplo clínico	49
4.3.4. Técnicas de “grounding” para crisis de ansiedad	50
4.3.4.1. Aplicación práctica	50
4.3.4.2. Veamos un ejemplo clínico	52
Resumen del Módulo IV	52

MÓDULO V

Reestructuración cognitiva54

5.1. Introducción al módulo V	55
5.1.1. Pasos a seguir para la reestructuración cognitiva	55
5.2. Identificación y modificación de pensamientos disfuncionales	56
5.2.1. Pensamientos automáticos negativos	56
5.2.2. Creencias centrales y distorsiones cognitivas	57
5.2.3. Registro de pensamientos y su análisis	59
5.2.4. Cómo identificar distorsiones cognitivas en el diálogo interno	61
5.2.4.1. Psicoeducación y monitoreo retrospectivo	61
5.2.4.2. Detección de señales lingüísticas	61
5.2.4.3. Estrategias de distanciamiento inicial	62
5.2.4.4. Observación del diálogo interno	62
5.2.4.5. Desarrollo progresivo de conciencia metacognitiva	62
5.3. Técnicas de reestructuración cognitiva	63
5.3.1. Diálogo socrático	63
5.3.2. Experimentos conductuales para desafiar creencias	63
5.3.3. Técnicas de sustitución de pensamientos	64
5.3.4. Técnicas breves para desafiar pensamientos disfuncionales	64
5.3.5. Técnica de la flecha descendente	65
5.4. Errores comunes en la reestructuración cognitiva	66
5.4.1. Aplicar las técnicas de forma mecánica	66
5.4.2. Intentar modificar el pensamiento sin validación emocional	66
5.4.3. Sustituir pensamientos por frases poco creíbles	66

5.4.4. Aplicar técnicas cuando la activación emocional es muy alta	67
5.4.5. No abordar creencias subyacentes	67
Resumen del Módulo V	67

MÓDULO VI

Exposición y afrontamiento del miedo68

6.1. Introducción al Módulo VI	69
6.2. Principios de la exposición en ansiedad y estrés	69
6.2.1. Habitación y reducción de la ansiedad	70
6.2.2. Extinción del miedo	71
6.2.3. Teoría del procesamiento emocional	71
6.2.4. Modelo de aprendizaje inhibitorio	72
6.2.5. Fundamentos teóricos y modalidades de exposición	72
6.2.5.1. Exposición en vivo	73
6.2.5.2. Exposición imaginaria	73
6.2.5.3. Exposición interoceptiva	73
6.3. Planificación y ejecución de la exposición	74
6.3.1. Jerarquía de exposición	74
6.3.2. Uso de la realidad virtual y otros recursos	75
6.3.3. ¿Cómo se estructura una sesión de exposición?	76
6.3.4. Prevención de la evitación y refuerzo positivo	77
Resumen del Módulo VI	78

MÓDULO VII

Estrategias de afrontamiento y prevención de recaídas79

7.1. Introducción al módulo VII	80
7.2. Técnicas conductuales y estrategias de afrontamiento	80
7.2.1. Modificación de conducta	80
7.2.2. Refuerzo positivo	81
7.2.3. Reducción de la evitación	81
7.2.4. Construcción de hábitos saludables	82

7.2.5. Estrategias de resolución de problemas	82
7.3. Prevención de recaídas y mantenimiento del cambio	83
7.3.1. Identificación de señales de recaída	83
7.3.1.1. Plan de acción ante recaídas	84
7.3.1.2. Automonitoreo y autoevaluación	84
7.3.1.3. Afrontamiento de eventos inesperados	85
7.4. Promoción de la autonomía y el autocuidado	85
7.4.1. Integración de técnicas en la vida cotidiana	86
7.4.2. Refuerzo del sentido de autoeficacia	86
7.4.3. Promoción del autocuidado y bienestar emocional	86
Resumen del Módulo VII	87
MÓDULO VIII	
Casos prácticos	89
8.1. Introducción al Módulo VI	90
Cierre del manual	90
Referencias bibliográficas	91

MÓDULO I

Bases conceptuales de la ansiedad

1.1. Introducción al Módulo I

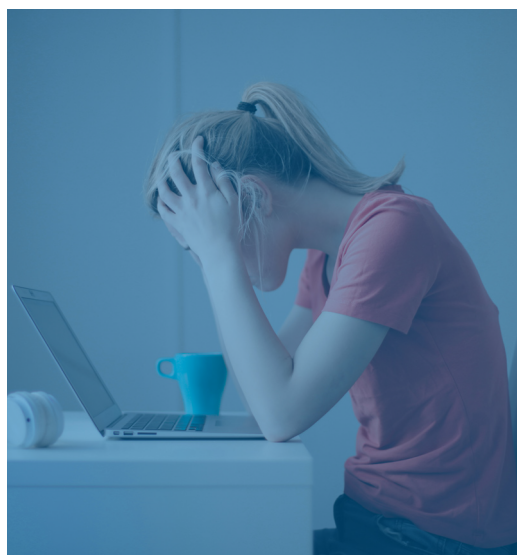
La ansiedad constituye una de las experiencias emocionales más comunes en la vida humana. En muchos casos, cumple una función adaptativa clave al prepararnos para enfrentar situaciones potencialmente amenazantes. Sin embargo, cuando se vuelve persistente, intensa o desproporcionada, puede derivar en un trastorno que afecta significativamente el bienestar y el funcionamiento cotidiano. A nivel clínico, los trastornos de ansiedad representan uno de los motivos de consulta más frecuentes en salud mental, y su abordaje requiere una comprensión profunda de sus mecanismos subyacentes.

Este primer módulo se centra en delimitar conceptualmente la ansiedad, explorando sus bases biológicas, psicológicas y conductuales. Se abordarán las diferencias entre ansiedad adaptativa y patológica, los distintos trastornos de ansiedad según la clasificación diagnóstica actual, sus principales comorbilidades y los modelos teóricos que explican su aparición y mantenimiento. El objetivo es ofrecer un marco comprensivo que permita identificar sus manifestaciones clínicas y su complejidad emocional.

Si bien en los próximos módulos se desarrollará en profundidad el abordaje desde la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), resulta necesario comenzar por una base conceptual sólida. Solo comprendiendo qué es la ansiedad, cómo opera y bajo qué condiciones se transforma en patológica, será posible formular intervenciones clínicas eficaces y adaptadas a las necesidades de cada consultante.

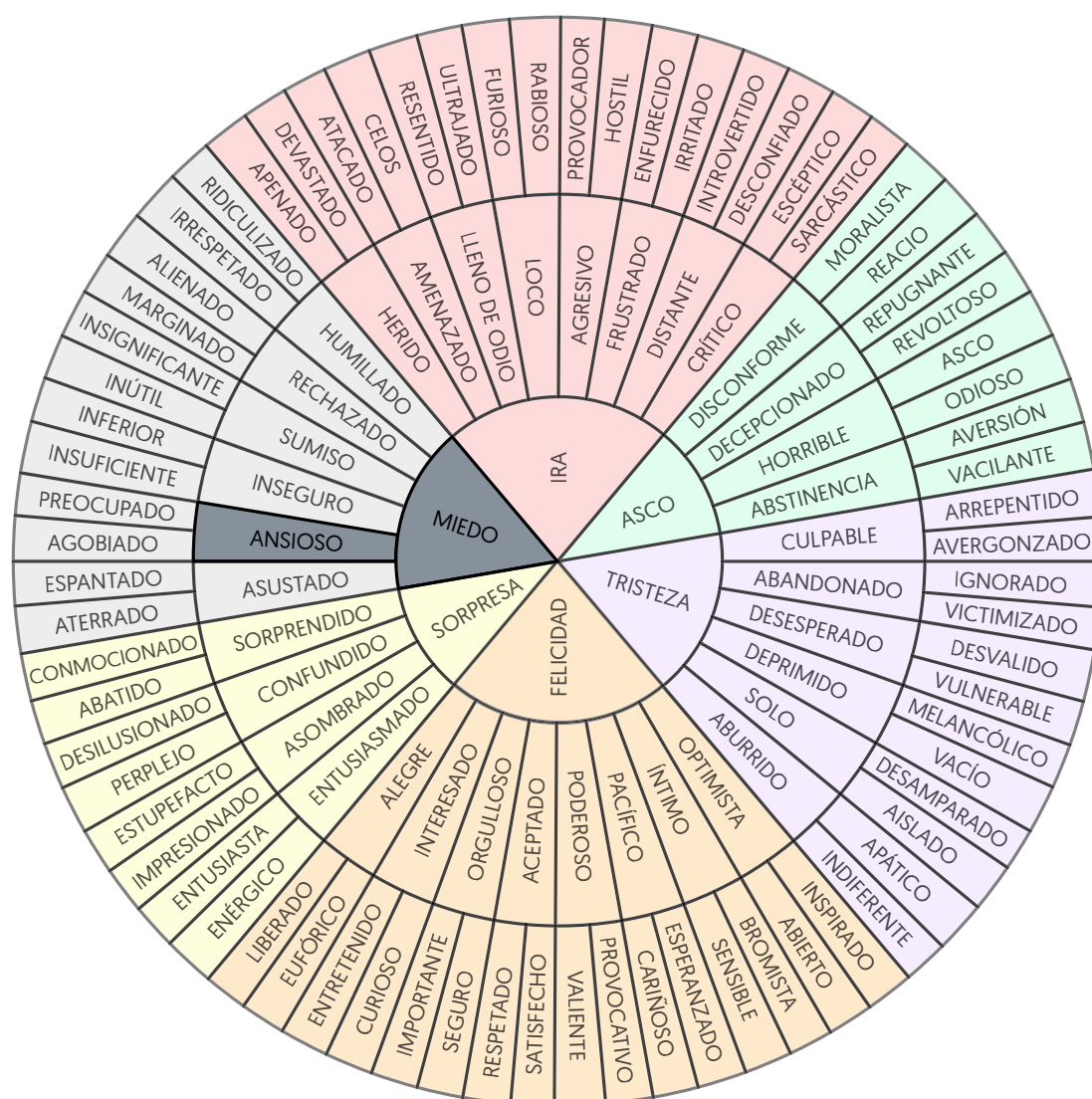
1.2. Definición y bases conceptuales

Para comenzar, resulta esencial delimitar conceptualmente la ansiedad, atendiendo a su función adaptativa en contextos “normales” y su transformación en un fenómeno clínico cuando adquiere un carácter desproporcionado o persistente. En este sentido, **es un estado emocional caracterizado por el temor, la preocupación excesiva y la evitación**, que puede interferir significativamente en la calidad de vida, el funcionamiento social, ocupacional y personal. Por ende, se comprende como una manifestación más compleja derivada del miedo, pero modulada por la anticipación y la incertidumbre.



Siguiendo esta línea, resulta importante diferenciar apropiadamente el miedo de la ansiedad. Mientras que el miedo [una emoción primaria], se activa ante un peligro inminente y concreto, **la ansiedad suele surgir de procesos más complejos, frente a amenazas percibidas o potenciales, muchas veces difusas o futuras.** Dicha cualidad anticipatoria, es lo que la convierte en una experiencia emocional especialmente persistente y difícil de gestionar en ocasiones, debido a que la situación u objeto temidos no siempre están presentes o claramente definidos. Además, es destacable que no opera en forma aislada: suele entrelazarse con otras manifestaciones emocionales complejas [como la inseguridad, la culpa o la frustración], generando respuestas emocionales mixtas que desafían tanto la autorregulación como la intervención terapéutica.

Es posible apreciar esta distinción más gráficamente en la *Rueda de las Emociones*. A continuación, **presentaremos una versión adaptada de esta herramienta visual que facilita su análisis en relación con otros estados afectivos:**



Rueda de las emociones [imagen]. Adaptado de la Rueda de las Emociones de Plutchik [Emotion: Theory, Research, and Experience, 1980] y de The Feeling Wheel de Gloria Willcox [1982].

1.2.1. ¿Qué mecanismos cerebrales se activan en la ansiedad?

Desde una perspectiva neurobiológica, la ansiedad surge de una red compleja de estructuras cerebrales y sistemas de neurotransmisión que intervienen en la percepción de amenazas y en la preparación para responder. En ese contexto, **una de las regiones más relevantes es la amígdala, núcleo central en la detección del peligro y la activación de respuestas defensivas**, tanto innatas como aprendidas [Gutiérrez-García y Contreras, 2013].

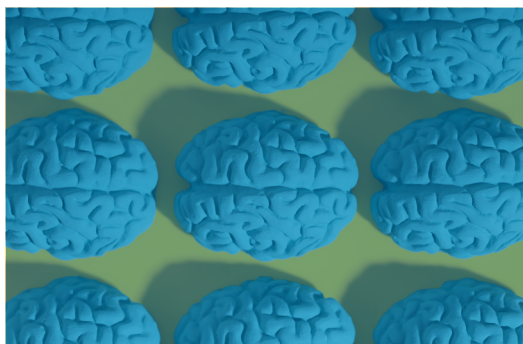
Dentro de esta estructura, la amígdala basolateral se ha vinculado con el aprendizaje emocional, la ansiedad y la memoria asociada al miedo. En lo que refiere a la amígdala central regula las respuestas fisiológicas típicas del estrés, como el aumento del ritmo cardíaco o la tensión muscular.

A su vez, la amígdala mantiene conexiones estrechas con otras áreas cerebrales, como por ejemplo:

- **El hipotálamo:** Que regula las respuestas fisiológicas al estrés.
- **El hipocampo:** Involucrado en la memoria contextual y espacial.
- **El tálamo:** Encargado de filtrar e integrar la información sensorial.
- **La corteza prefrontal:** Responsable de la evaluación cognitiva y el control ejecutivo.

Por otro lado, a nivel neuroquímico, la ansiedad también involucra la participación de varios sistemas de neurotransmisores:

- **Sistema serotoninérgico:** Modula las respuestas emocionales y ejerce un efecto ansiolítico cuando los niveles de serotonina aumentan.
- **Sistema noradrenérgico:** Originado en el *locus coeruleus*, se activa ante situaciones de alerta, promoviendo un estado de hipervigilancia.
- **Sistema GABAérgico:** El principal neurotransmisor inhibitorio del sistema nervioso central, llamado ácido γ -aminobutírico [*Gamma-aminobutyric acid*, GABA en inglés], regula la excitabilidad neuronal y es el principal blanco de muchos ansiolíticos.
- **Sistema dopaminérgico:** Interviene en la regulación emocional, el procesamiento de recompensas y la adaptación al entorno.



En este punto cabe mencionar que los sistemas no actúan de forma aislada. Por el contrario, **interactúan dinámicamente dentro del entramado cerebral que sostiene la memoria emocional**. Según el equilibrio de esta red, es posible generar respuestas adaptativas o, en casos de desregulación, respuestas desproporcionadas que caracterizan los trastornos de ansiedad.

1.2.2. Diferenciación entre ansiedad adaptativa y patológica

Para comprender mejor su impacto, distinguiremos cuándo la ansiedad cumple una función adaptativa y cuándo se convierte en motivo de malestar clínico. En este sentido, como se mencionó anteriormente, **la ansiedad (en su forma más básica), constituye una respuesta emocional natural que desempeña funciones de protección y preparación ante posibles amenazas**. En situaciones de peligro real o incertidumbre, activa procesos fisiológicos, cognitivos y conductuales que permiten responder de manera más eficaz: aumenta el estado de alerta, mejora el foco atencional y moviliza recursos físicos para actuar. Dicha expresión, denominada como “adaptativa”, es limitada en el tiempo, proporcionada a la situación, y desaparece una vez que el estímulo desencadenante se resuelve.

Por otra parte, **cuando la reacción se vuelve persistente, desproporcionada o se activa en contextos en los que no existe una amenaza concreta, hablamos de ansiedad patológica**. Aquí, el “sistema de alarma” del cuerpo se activa de manera disfuncional, generando malestar significativo e interfiriendo en las actividades cotidianas. En consecuencia, se experimenta una anticipación constante del peligro, dificultad para controlar la preocupación, hipervigilancia, evitación de situaciones comunes, entre otros síntomas que impactan su funcionamiento general.

Bajo esta delimitación, una de las claves para diferenciar ambos tipos de ansiedad radica en **el grado de interferencia que generan en la vida diaria**. Es así que, mientras que la ansiedad adaptativa favorece la preparación y el rendimiento, la ansiedad patológica suele limitar la autonomía, el bienestar subjetivo y las relaciones interpersonales. Además, en la forma patológica, se observa una mayor rigidez cognitiva, dificultad para reevaluar la amenaza y una fuerte tendencia a emplear estrategias de afrontamiento desadaptativas, como la evitación constante o las conductas de seguridad.

A continuación, se presenta **una tabla comparativa con las diferencias clave entre ansiedad adaptativa y patológica**. El propósito de la misma, consiste en presentar su distinción de una forma más clara y sintetizada:

Dimensión	Ansiedad adaptativa	Ansiedad patológica
Proporcionalidad	Acorde al estímulo real que se está recibiendo	Desmedida frente a la situación presentada, o sin causa clara
Duración	Transitoria	Prolongada en el tiempo
Función	Facilita la acción y la protección	Interfiere en el funcionamiento y genera malestar

Control percibido	Alta capacidad de regulación	Sensación de descontrol
Impacto en la vida diaria	No altera significativamente las actividades	Afecta el bienestar y la rutina

1.2.3. Tipos de trastornos de ansiedad y sus características

Cuando la expresión desadaptativa de la ansiedad se mantiene en el tiempo y cumple con determinados criterios clínicos, es posible que se manifiesten distintos trastornos de ansiedad reconocidos por la nosografía actual. Dichos trastornos, constituyen un conjunto de diagnósticos que, si bien comparten una activación emocional intensa y persistente, difieren en los estímulos que desencadenan el malestar, las conductas asociadas y los patrones de pensamiento involucrados. Pese a ello, en todos los casos, la ansiedad deja de cumplir una función adaptativa y se convierte en una fuente sostenida de malestar e interferencia funcional.

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Quinta Edición (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, DSM-5-TR, en inglés), los trastornos de ansiedad comprenden diversas entidades clínicas con criterios diagnósticos específicos. A continuación, **únicamente se describirán los subtipos incluidos en esta clasificación, más no cada uno de los criterios diagnósticos, puesto que no hace a los objetivos del curso:**

1.2.3.1. Trastorno de ansiedad generalizada (TAG)

Se caracteriza por una preocupación excesiva y difícil de controlar en torno a múltiples áreas de la vida [salud, economía, familia, desempeño]. Las personas que lo presentan suelen anticipar escenarios negativos de forma constante, lo que genera tensión muscular, fatiga, irritabilidad y dificultades de concentración. A diferencia de otros cuadros, el foco de la ansiedad no está ligado a una situación específica, sino que se distribuye de forma difusa y generalizada.

1.2.3.2. Fobia específica

Se trata de un miedo intenso, persistente y desproporcionado frente a objetos o situaciones concretas [como animales, altura, sangre, espacios cerrados]. La exposición al estímulo temido suele provocar una respuesta inmediata de ansiedad, por lo que es habitual que se evite activamente dicha situación. Aunque puede parecer circunscrita, la fobia específica es capaz de generar un alto nivel de interferencia dependiendo del objeto temido.

1.2.3.3. Agorafobia

Implica un miedo desproporcionado y persistente a estar en lugares o situaciones en los que escapar resulte difícil o no se pueda recibir ayuda en caso de sufrir síntomas de pánico u otros malestares incapacitantes. Las situaciones temidas incluyen el transporte público, espacios cerrados, multitudes o estar fuera del hogar sin compañía. En ocasiones, la evitación resultante llega a limitar severamente la vida diaria.

1.2.3.4. Trastorno de pánico

Consiste en la aparición recurrente e inesperada de ataques de pánico, definidos como episodios breves de miedo intenso acompañados por síntomas somáticos como palpitaciones, dificultad para respirar, mareos o sensación de pérdida de control. El temor a que estos episodios se repitan lleva a una hiperfocalización en las sensaciones corporales, lo que suele derivar en conductas evitativas o de seguridad, e incluso en el desarrollo de agorafobia.

1.2.3.5. Trastorno de ansiedad social (fobia social)

Se presenta como un temor marcado a ser evaluado negativamente en situaciones sociales o de desempeño. Las personas pueden evitar hablar en público, asistir a reuniones o simplemente interactuar con desconocidos, por miedo al juicio, la crítica o la humillación. Generalmente, produce un fuerte deterioro en el funcionamiento académico, laboral y relacional.

1.2.3.6. Trastorno de ansiedad por separación

Aunque es más común en la infancia, también aparece en adultos. Implica un miedo excesivo e inapropiado ante la separación de figuras significativas. Puede expresarse a través de malestar anticipatorio, síntomas físicos, preocupación constante por la seguridad del otro o evitación de situaciones que impliquen distanciamiento.

1.2.3.7. Mutismo selectivo

Se manifiesta como la incapacidad persistente para hablar en determinados contextos sociales, a pesar de hacerlo sin dificultad en otros. Usual en niños, interfiere con el rendimiento escolar, las relaciones sociales y la autoestima. Además, está vinculado a niveles altos de ansiedad social, aunque su diagnóstico es diferenciado.

1.2.3.8. Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos

Caracterizado por la presencia de síntomas prominentes de ansiedad como consecuencia directa del consumo, abstinencia o exposición a sustancias psicoactivas [como estimulantes, cannabis o fármacos]. El diagnóstico requiere demostrar que los síntomas no estaban presentes previamente y que están claramente vinculados al efecto de la sustancia.

1.2.3.9. Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica

En el presente caso, los síntomas ansiosos son una consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica, como trastornos endocrinos, neurológicos, cardíacos o respiratorios. En tal sentido, resulta fundamental contar con evidencia clínica que respalde el vínculo causal entre la condición médica y la ansiedad experimentada.

1.2.3.10. Otro trastorno de ansiedad especificado

Esta categoría incluye cuadros que no cumplen con todos los criterios para un trastorno específico, pero en los que los síntomas generan malestar clínicamente significativo. Se utiliza cuando el profesional desea comunicar el motivo por el cual no se cumple un diagnóstico completo, como en el caso de ataques de pánico limitados o fobias culturales.

1.2.3.11. Trastorno de ansiedad no especificado

Se aplica cuando existen síntomas de ansiedad considerables, pero no es posible determinar con precisión cuál es el diagnóstico más adecuado. La presente categoría suele utilizarse en contextos de urgencia o cuando hay información insuficiente para establecer un diagnóstico completo.

1.2.3.12. Trastornos relacionados

Aunque el trastorno de estrés postraumático (TEPT) y el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) han sido reclasificados en secciones distintas del DSM-5-TR, comparten mecanismos ansiosos centrales. El TEPT aparece tras la vivencia de un evento traumático, con síntomas como reexperimentación, evitación e hipervigilancia. Por su parte, el TOC combina obsesiones (pensamientos intrusivos, recurrentes) y compulsiones (conductas o actos mentales repetitivos) dirigidas a reducir la ansiedad, aunque sin un vínculo real con el alivio del temor percibido.

1.2.4. Comorbilidades en los trastornos de ansiedad

En otro orden de ideas, cabe mencionar que los trastornos de ansiedad presentan una alta comorbilidad con algunos cuadros psicopatológicos, siendo especialmente frecuente su coexistencia con trastornos del estado de ánimo. Esta superposición no solo incrementa la severidad clínica, sino que se asocia con un mayor riesgo de suicidio, uso de sustancias y resistencia al tratamiento. De hecho, un metaanálisis realizado por Saha y colaboradores en 2020, que incluyó 171 estudios realizados en 37 países, confirmó la solidez de esta asociación al reportar una **mediana de odds ratio (OR) de 6.1**, con algunos valores que superan el 10 en los análisis ajustados.

A continuación, **se desarrollan las principales comorbilidades identificadas:**

1.2.4.1. Comorbilidad con depresión mayor

La depresión mayor es la comorbilidad más frecuente en los trastornos de ansiedad. Se estimó que **el 72 % de los casos de ansiedad a lo largo de la vida habían presentado previamente un episodio depresivo**. Además, en la prevalencia puntual (últimos 12 meses), los pacientes con depresión presentaron una probabilidad 13.8 veces mayor de tener trastorno de ansiedad generalizada (TAG) en comparación con quienes no padecían depresión, y hasta 9.9 veces mayor en el caso del trastorno de pánico.

1.2.4.2. Comorbilidad con distimia

El trastorno depresivo persistente, o distimia, también presenta una fuerte asociación con la ansiedad. El riesgo de **presentar TAG en pacientes con distimia fue 13 veces mayor** a lo esperado, mientras que el riesgo para el trastorno de pánico o la fobia social se mantuvo igualmente elevado. La mencionada asociación sugiere una vulnerabilidad emocional crónica compartida entre ambos grupos diagnósticos.

1.2.4.3. Comorbilidad con trastorno bipolar

Aunque tradicionalmente se lo considera parte de los trastornos del estado de ánimo, el trastorno bipolar muestra una alta tasa de comorbilidad con distintos trastornos de ansiedad, especialmente TAG y trastorno de pánico. En términos de prevalencia a lo largo de la vida, el riesgo de presentar TAG en individuos con diagnóstico bipolar se multiplicaba por 8.9.



1.2.5. Modelos explicativos de los trastornos de ansiedad

Son diversos los modelos teóricos que han intentado explicar la naturaleza de la ansiedad patológica, cada uno desde una perspectiva particular sobre los mecanismos que la originan y la sostienen. Nuestra es, a continuación, presentar tres de los enfoques más influyentes.

Los mismos, aunque diferentes en sus fundamentos, son propuestas que coinciden en señalar que no hay un único factor explicativo. Por ende, **todos ellos reconocen el valor de los aspectos emocionales, fisiológicos, conductuales y cognitivos interrelacionados**.

En este sentido, **permiten comprender cómo se originan y mantienen los síntomas ansiosos, a la vez que orientan la selección de estrategias terapéuticas eficaces**. A su vez, cada modelo aporta herramientas específicas que ayudan a formular casos clínicos, identificar mecanismos disfuncionales y diseñar intervenciones adaptadas a las necesidades del consultante.

1.2.5.1. Modelo de triple de respuesta (1968)

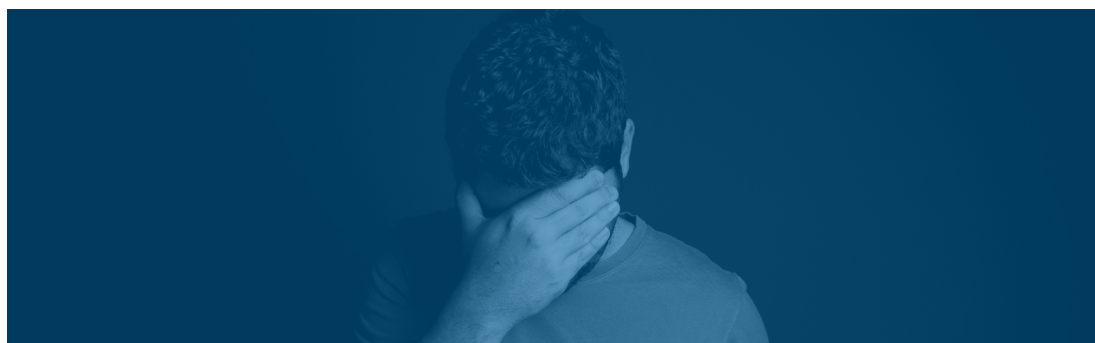
Propuesto por Lang (1968), considera que la **ansiedad involucra simultáneamente tres sistemas**:

- **Cognitivo**: A través de pensamientos anticipatorios o interpretación de amenaza.
- **Fisiológico**: La activación del sistema nervioso autónomo.
- **Conductual**: Que se puede visualizar en conductas tales como la evitación, el escape, etc.

Así pues, la interacción de los sistemas contribuye al mantenimiento del problema, ya que el alivio inmediato que genera la evitación refuerza la percepción de amenaza y limita la reevaluación de la situación temida [Curtiss et al., 2021].

1.2.5.2. Modelo de Dos Factores (1957)

Desarrollado por O. Hobart Mowrer, ofrece una teoría conductual sólida para comprender el origen y mantenimiento de la ansiedad. Según este modelo, **la ansiedad no surge de un único proceso psicológico, sino de la interacción entre dos formas distintas de aprendizaje: el condicionamiento clásico y el condicionamiento operante**. Dicha perspectiva ha resultado especialmente influyente en el campo de la psicología clínica, ya que permite explicar cómo ciertos estímulos adquieren la capacidad de generar respuestas emocionales intensas, incluso en ausencia de una amenaza real [Mowrer, 1951].



En una primera fase, **se produce un proceso de condicionamiento clásico, en el cual un estímulo neutro** [por ejemplo, un lugar o situación específica] **se asocia repetidamente con una experiencia aversiva o amenazante, como el dolor o el malestar**. Esta asociación lleva a que el estímulo, inicialmente neutro, adquiera la capacidad de provocar una respuesta emocional condicionada, como el miedo. Así, el organismo comienza a experimentar ansiedad anticipatoria frente a señales que predicen un posible peligro, aunque el peligro no esté presente en el momento actual.

Posteriormente, **entra en juego el condicionamiento operante, mediante el cual las conductas de evitación se ven reforzadas**. Cuando la persona evita el estímulo temido, experimenta una reducción inmediata del malestar emocional, lo que actúa como un refuerzo negativo. Es decir, la conducta evitativa se fortalece porque permite disminuir el miedo anticipado, consolidando así un patrón que, si bien resulta funcional a corto plazo, mantiene la ansiedad en el tiempo al impedir que se modifiquen las asociaciones previas entre estímulo y amenaza.

Según Mowrer, el refuerzo de la evitación no proviene simplemente de la no ocurrencia del evento aversivo, sino de la **disminución subjetiva del temor**. Este detalle resulta clave para la comprensión clínica de la ansiedad, ya que indica que la mera ausencia del peligro no basta para extinguir el miedo: es necesario interrumpir el ciclo de evitación reforzada.

1.2.5.3. Modelo de procesamiento de la información [Beck y Clark, 1997]

El modelo de procesamiento de la información desarrollado por Beck y Clark (1997) representa una evolución del modelo cognitivo clásico de Beck, ampliamente reconocido como uno de los marcos teóricos más influyentes para comprender los trastornos emocionales. Según el modelo cognitivo clásico, la ansiedad surge cuando una persona interpreta una situación como más peligrosa de lo que realmente es, a partir de **esquemas disfuncionales que organizan la percepción del mundo, de uno mismo y del futuro**.

Los mencionados esquemas son estructuras de conocimiento profundamente arraigadas, aprendidas a lo largo de la vida, que predisponen a interpretar la realidad de forma sesgada. Frente a determinados estímulos, los esquemas se activan y generan pensamientos automáticos negativos, como “no voy a poder controlarlo” o “algo malo va a pasar”, los cuales desencadenan respuestas emocionales, fisiológicas y conductuales.

En el caso de la ansiedad, las respuestas incluyen miedo, hiperactivación corporal y conductas de evitación. Lo fundamental **en este modelo es que la emoción no depende del evento en sí, sino de cómo se interpreta**, y que es posible modificar el malestar interviniendo sobre los pensamientos y creencias subyacentes.



Situación
Algo sucede



Pensamiento
La situación es interpretada



Emoción
Surge una emoción como resultado de un pensamiento



Conducta
Se produce una acción en respuesta a la emoción

Sobre esta base, Beck y Clark propusieron una comprensión más secuencial y matizada del procesamiento cognitivo involucrado en la ansiedad, distinguiendo entre diferentes niveles y etapas. A continuación, **describiremos las tres fases centrales del modelo**:

1. Registro inicial: En la primera etapa, se produce la detección rápida, automática y preatencional del estímulo potencialmente amenazante. Este sistema de orientación funciona como una alarma temprana, asignando atención prioritaria a señales negativas. Opera fuera del control consciente y sin elaboración conceptual profunda. Lo interesante es que, en personas con vulnerabilidad ansiosa, este sistema tiende a estar hiperactivado, lo que genera una marcada sensibilidad hacia estímulos neutros o ambiguos que son interpretados como amenazantes.

2. Preparación inmediata (modo de amenaza): Si el estímulo es percibido como relevante y negativo, se activa el denominado “modo de amenaza”, un conjunto de esquemas orientados a maximizar la seguridad. Lo anterior, desencadena una respuesta coordinada que incluye síntomas fisiológicos (por ejemplo, taquicardia), pensamientos automáticos negativos (como imágenes catastróficas), emociones intensas (miedo o angustia) y conductas defensivas (evitación o escape). Aunque el procesamiento sigue siendo en gran parte automático, ya se incorpora una primera interpretación del significado del estímulo, influida por los esquemas personales.

3. Elaboración secundaria: Por último, se activan los procesos cognitivos más reflexivos, conscientes y elaborados. El individuo evalúa nuevamente la situación y sus recursos para afrontarla, lo que puede favorecer una reevaluación más realista del peligro. En ocasiones, esta fase permite el uso de estrategias terapéuticas como la reestructuración cognitiva. Sin embargo, si se ve dominada por pensamientos rumiativos o preocupación crónica, puede contribuir al mantenimiento o agravamiento del malestar.

Es así que el modelo proporciona **una comprensión integral de la ansiedad como una secuencia de procesamiento que combina respuestas automáticas y reflexivas**. Su valor clínico radica en señalar múltiples puntos de intervención, desde la detección temprana de sesgos atencionales hasta el fortalecimiento del pensamiento flexible y adaptativo.

Resumen del módulo I

- En este primer módulo analizamos la ansiedad desde una perspectiva amplia, comprendiendo su función adaptativa y los factores que la vuelven disfuncional.
- Diferenciamos la ansiedad adaptativa de la patológica, enfatizando el grado de interferencia en la vida cotidiana como criterio central.
- Describimos los principales trastornos de ansiedad reconocidos por el DSM-5-TR, incluyendo sus características clínicas y comorbilidades más frecuentes.

- Exploramos los mecanismos cerebrales y sistemas neuroquímicos implicados en la respuesta ansiosa, estableciendo una base neurobiológica sólida.
- Estudiamos tres modelos explicativos clave —el modelo de triple respuesta, el de los dos factores y el de procesamiento de la información— que permiten entender cómo se origina y mantiene el malestar.
- Este recorrido teórico nos permitió sentar las bases necesarias para el abordaje clínico posterior, que se desarrollará en los próximos módulos desde la mirada de la Terapia Cognitivo-Conductual.



MÓDULO II

El estrés y su impacto en la salud mental

2.1. Introducción al módulo II

Luego de haber profundizado en el módulo anterior sobre las bases conceptuales de la ansiedad, corresponde ahora analizar un fenómeno estrechamente relacionado, aunque con matices propios y significativos: el estrés. Dicho término, ampliamente extendido tanto en la esfera académica como en la práctica clínica cotidiana, representa una respuesta adaptativa del organismo ante demandas externas percibidas como exigentes o amenazantes.

Comprender el estrés implica examinar no solo sus características generales, sino también diferenciar entre manifestaciones agudas y crónicas, identificar factores de vulnerabilidad o protección, y revisar su impacto integral sobre la salud mental y física. En este segundo módulo, abordaremos en detalle tales dimensiones, apoyándonos en modelos teóricos relevantes que nos permitirán entender cómo se genera, mantiene y puede gestionarse eficazmente desde un enfoque cognitivo-conductual.

2.2 Bases conceptuales del estrés

Al igual que la ansiedad, el estrés es una experiencia común que forma parte del “repertorio emocional humano”. En términos generales, **se activa cuando el entorno demanda recursos que la persona percibe como insuficientes para afrontar la situación**. Esta discrepancia entre las demandas externas y los recursos internos genera una activación fisiológica y psicológica que, en ciertos contextos, resulta útil y motivadora. Sin embargo, cuando el estrés es intenso, prolongado o mal gestionado, tiende a convertirse en un factor de riesgo significativo para el bienestar psicológico y físico.

La relación entre estrés y salud mental ha sido ampliamente documentada en la literatura. **Se ha demostrado que, cuando sus niveles son elevados, contribuyen al desarrollo y mantenimiento de diversos trastornos**, incluidos los de ansiedad, depresión, trastornos psicosomáticos y problemas del sueño. Además, el estrés sostenido afecta funciones cognitivas clave como la atención, la memoria y la toma de decisiones, lo que compromete el desempeño personal, académico y laboral.

En las próximas líneas, exploraremos con mayor profundidad este fenómeno y sus fundamentos teóricos.



2.2.1 Diferencias entre estrés agudo y crónico

Comprender la distinción entre estrés agudo y crónico resulta fundamental para identificar sus implicancias clínicas. El **estrés agudo se refiere a una reacción inmediata y puntual frente a un estímulo percibido como amenazante**. En general, activa mecanismos fisiológicos de defensa a través del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal (HPA) y el sistema nervioso simpático, favoreciendo una respuesta adaptativa de lucha o huida. La gran mayoría de las veces, se resuelve una vez superada la situación desencadenante, y no necesariamente conlleva efectos negativos duraderos sobre la salud [Moksnes y Espnes, 2016].

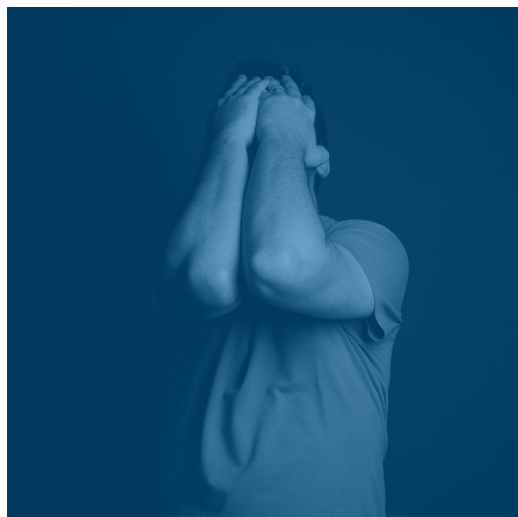
En cambio, **el estrés crónico se instala cuando las demandas estresoras se prolongan en el tiempo, o cuando el individuo las percibe como persistentes e incontrolables**. Bajo estas condiciones, el organismo permanece en un estado de activación fisiológica sostenida, lo cual deriva en alteraciones inmunológicas, endocrinas y/o neurológicas. Por ejemplo, se ha observado que la exposición prolongada al estrés impacta negativamente sobre el sistema gastrointestinal, alterando funciones digestivas clave, y se asocia a enfermedades inflamatorias y trastornos funcionales [Leigh et al., 2023].

Además, el estrés crónico tiene un rol destacado en la acumulación de “carga alostática”, es decir, el desgaste que experimenta el organismo tras una activación constante de los sistemas de regulación. Dicha carga puede favorecer el desarrollo de síntomas ansiosos, depresivos, disfunción cognitiva, fatiga persistente y afecciones cardiovasculares. En este sentido, desde una perspectiva clínica, resulta crucial detectar señales de estrés crónico a tiempo, ya que **puede no solo desencadenar psicopatologías, sino también dificultar los procesos de recuperación y adaptación** [Santee et al., 2023; Moksnes y Espnes, 2016].

2.2.2. Factores de vulnerabilidad y mantenimiento del estrés

El impacto del estrés no depende únicamente de la intensidad de los estímulos externos, sino también de diversos aspectos individuales que modulan la forma en que estos son percibidos y enfrentados. Con ello presente, la investigación actual ha identificado una serie de **factores de vulnerabilidad que aumentan la probabilidad de experimentar estrés de forma intensa**, así como qué elementos contribuyen a su mantenimiento en el tiempo.

Entre aquellos más relevantes se encuentran ciertos **estilos cognitivos y comportamentales, como la rumiación, el perfeccionismo, el afrontamiento evitativo, y la sensibilidad al rechazo**. Además, se ha encontrado que variables como el neuroticismo, los esquemas cognitivos negativos, las conductas de búsqueda excesiva de aprobación o las estrategias de regulación emocional disfuncionales [como la co-rumiación o la evitación] son predictores transdiagnósticos del estrés dependiente, es decir, de aquel que se ve influenciado directamente por el accionar del individuo.



En paralelo, existen **factores protectores que ayudan a amortiguar los efectos del estrés o prevenir su aparición**. Algunos de los más destacados son el estilo de apego seguro, el afecto positivo, la extraversión, y el uso de estrategias de afrontamiento centradas en la solución de problemas o en la reevaluación positiva de la situación. Los mismos no solo reducen la probabilidad de generar situaciones estresantes, sino que favorecen una recuperación más rápida ante eventos adversos. Así, comprender los mecanismos descritos, permite identificar perfiles de mayor o menor riesgo, así como orientar intervenciones terapéuticas hacia la modificación de patrones que mantienen o intensifican el malestar.



2.2.3. Impacto del estrés crónico en la salud mental y física

A nivel psicológico, **se ha vinculado de forma consistente con la aparición y mantenimiento de síntomas de ansiedad, depresión y deterioro del bienestar subjetivo**. Los antedichos efectos emergen como reacciones emocionales ante demandas prolongadas, y, a su vez, como consecuencias de alteraciones fisiológicas inducidas por la activación sostenida del sistema de respuesta al estrés.

A su vez, son diversos los estudios que han demostrado que niveles elevados de estrés percibido predicen mayores índices de ansiedad y disminución del bienestar general. En particular, **la combinación de estrés y agotamiento emocional representa un riesgo relevante para el desarrollo de síntomas ansiosos**. Lo anterior, evidencia cómo el estrés no solo actúa como desencadenante de malestar emocional, sino también como modulador de recursos personales clave [Maddock, 2023].

Por ejemplo, a nivel fisiológico, **el estrés crónico produce alteraciones en múltiples sistemas corporales**. Uno de los más afectados es el sistema gastrointestinal, donde se ha observado un vínculo claro entre estrés prolongado y disfunciones como hipermotilidad, aumento de la permeabilidad intestinal y cambios en la microbiota. Todos ellos, efectos que contribuyen al desarrollo de síndromes como el intestino irritable, dispepsias funcionales y otras condiciones digestivas crónicas. Además, la activación persistente del eje HPA conduce a una liberación sostenida de cortisol, lo cual, muchas veces, genera inmunosupresión, alteraciones en el sueño, disfunción cognitiva, hipertensión y un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares [Leigh et al., 2023].

Asimismo, a nivel neurológico, **se ha asociado el estrés crónico con cambios estructurales y funcionales** en áreas clave como la amígdala, el hipocampo y la corteza prefrontal. Esto, tiene como consecuencia el producir cambios sobre la regulación emocional, la memoria y la toma de decisiones [Moksnes y Espnes, 2016].

2.2.4. Modelos explicativos del estrés

A lo largo del tiempo, se han propuesto diversos modelos teóricos para comprender cómo se origina, se mantiene y afecta el estrés al organismo. Todos ellos han enriquecido nuestra comprensión del fenómeno desde distintas disciplinas, como la fisiología, la psicología cognitiva y la teoría de los recursos. A continuación, **nuestra intención es mencionar tres de los modelos más influyentes y frecuentemente utilizados en su análisis.**

2.2.4.1. Modelo general de adaptación (GAS)

Planteado por Hans Selye, describe la respuesta fisiológica del organismo frente a estresores prolongados. Así, **el cuerpo atraviesa tres etapas: alarma, resistencia y agotamiento.**

La primera implica una **activación inmediata del sistema simpático**, seguida por una **fase de resistencia** donde el organismo intenta adaptarse al estresor. **Si el estímulo persiste, se llega a la fase de agotamiento**, caracterizada por el deterioro de los sistemas fisiológicos y un mayor riesgo de enfermedades.

De tal manera, **el modelo descrito introdujo el concepto de carga acumulativa**, donde el estrés sostenido comprometería la homeostasis, para, posteriormente, dar lugar a diversas patologías físicas y mentales [Moksnes y Espnes, 2016].

2.2.4.2. Modelo transaccional del estrés

Desarrollado por Lazarus y Folkman, entiende el estrés como el resultado de una transacción entre el individuo y el entorno. Su componente central es la **evaluación cognitiva, que determina si una situación se percibe como amenazante, desafiante o neutra.**

A su vez, dicha evaluación se divide en dos fases:

- **Primaria:** Donde se valora el significado del evento.
- **Secundaria:** En donde se analizan los recursos disponibles para afrontarlo.

En tal sentido, se trata de un modelo que **destaca el carácter subjetivo y dinámico del estrés** y que sugiere que no son los eventos en sí los que determinan la reacción estresante, sino la manera en que se interpretan y se enfrentan.

2.2.4.3. Modelo de conservación de recursos (COR)

Propuesto por Hobfoll, plantea que los individuos buscan **conservar, proteger y aumentar sus recursos, tanto materiales como personales, sociales y energéticos.** Tal es así, que el estrés aparece cuando dichos recursos se ven amenazados, se pierden, o cuando la inversión de recursos no da como resultado una ganancia proporcional [Moksnes y Espnes, 2016].

El presente modelo es particularmente útil para entender cómo el estrés se acumula a lo largo del tiempo. También resulta útil para comprender cómo ciertas personas, al tener menos recursos desde el inicio, se ven más expuestas a **espirales de pérdida que agravan su malestar.**

Resumen del módulo II

- En este módulo profundizamos en el fenómeno del estrés, diferenciando sus formas agudas y crónicas, y comprendiendo su impacto en la salud física y psicológica.
- Analizamos los mecanismos fisiológicos involucrados en la respuesta al estrés, especialmente el rol del eje HPA y la activación sostenida del sistema nervioso simpático.
- Estudiamos los factores de vulnerabilidad y mantenimiento, identificando patrones cognitivos y conductuales como la rumiación, el perfeccionismo y la evitación.
- Revisamos también los factores protectores que promueven la resiliencia y una mejor adaptación frente a las demandas del entorno.
- Se abordaron las consecuencias del estrés crónico, incluyendo alteraciones inmunológicas, digestivas, cognitivas y emocionales, así como su relación con distintos cuadros clínicos.
- Finalmente, exploramos tres modelos explicativos fundamentales —el modelo general de adaptación, el modelo transaccional y el modelo de conservación de recursos— que nos permiten conceptualizar el estrés desde una perspectiva integradora.
- Con este marco, consolidamos los conocimientos necesarios para comprender la experiencia del estrés y sus implicancias clínicas, preparándonos para abordar su tratamiento específico desde la TCC en los módulos siguientes.



MÓDULO III

Terapia Cognitivo-Conductual:
Principios y evidencia

3.1. Introducción al módulo III

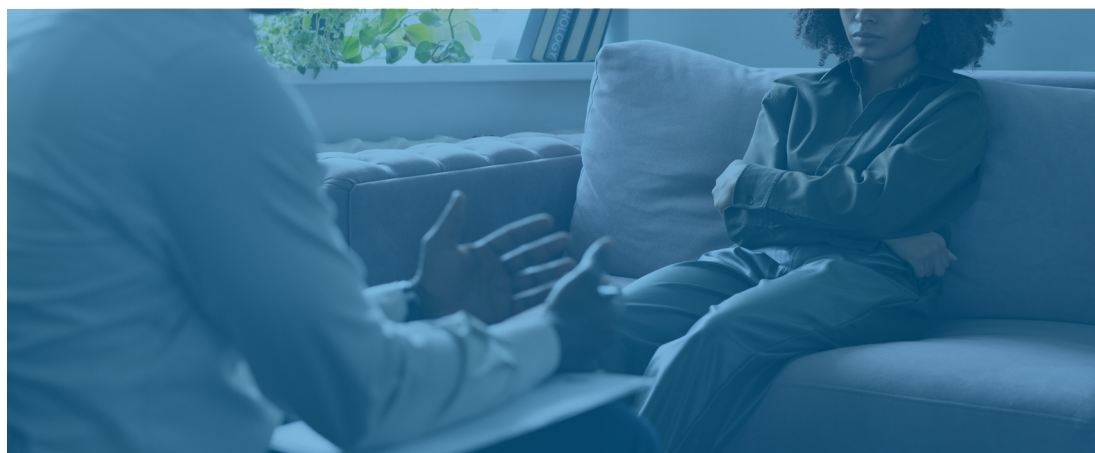
Luego de haber explorado las características fundamentales de la ansiedad y el estrés, así como los modelos que explican su origen y mantenimiento, resulta pertinente introducir el enfoque terapéutico que ha demostrado mayor eficacia en su tratamiento: la antes mencionada TCC. Para poder comenzar a abordar sus principios debemos entender sus orígenes. En particular, **el presente modelo surge de la integración entre dos tradiciones psicológicas: el conductismo y el enfoque cognitivo.**

Inicialmente, las intervenciones se centraban en modificar los comportamientos observables, basándose en los principios del aprendizaje asociativo y el condicionamiento. A partir de la década de 1970, con el desarrollo de la terapia cognitiva de Aaron Beck y la terapia racional emotiva conductual de Albert Ellis, se introdujo una nueva perspectiva que reconocía el papel central de los pensamientos en la génesis y mantenimiento del malestar emocional.

Desde entonces, la TCC se consolidó como un **modelo psicoterapéutico que combina la modificación de patrones de pensamiento disfuncionales con el entrenamiento en habilidades conductuales.** Ahora bien, con respecto a sus principios básicos, los mismos incluyen la identificación de pensamientos automáticos “negativos”, la reestructuración cognitiva, la exposición gradual a situaciones temidas, la resolución de problemas y la adquisición de habilidades de regulación emocional. Asimismo, el tratamiento suele ser estructurado, orientado a objetivos, y de duración limitada, con un fuerte énfasis en la colaboración activa entre terapeuta y consultante.

Antes de continuar, cabe resaltar uno de los aportes más relevantes del modelo cognitivo-conductual: **su capacidad de adaptación.** Y es que, dicha propuesta ha sido validada tanto en formatos individuales como grupales, presenciales y digitales, siendo capaz de aplicarse a una amplia variedad de contextos clínicos. En todos los casos, su foco consta de dotar a la persona de herramientas concretas para comprender y modificar los patrones de pensamiento y comportamiento que contribuyen a su malestar.

Finalmente, y como parte central del abordaje cognitivo-conductual, también **se explorará el componente psicoeducativo:** una herramienta clave que permite a quienes consultan comprender la naturaleza de su malestar, aumentar su sensación de control y participar activamente en su proceso terapéutico.



3.1.1. Evidencia científica y eficacia en ansiedad y estrés

La TCC se ha posicionado como **uno de los enfoques psicoterapéuticos más ampliamente investigados en el campo de la salud mental**. Concretamente, su eficacia ha sido demostrada en múltiples ensayos clínicos controlados, metaanálisis y revisiones sistemáticas, especialmente en el tratamiento de los trastornos de ansiedad y del estrés. Dicha solidez empírica, la ha convertido en una de las intervenciones de primera línea recomendadas por las guías clínicas internacionales.

En lo que respecta a los trastornos de ansiedad, Curtiss y colabs. realizaron en 2021 una revisión y metaanálisis de tratamientos cognitivo-conductuales que incluyó múltiples ensayos clínicos con más de 11.000 participantes. Los resultados mostraron efectos significativamente superiores de la TCC frente a condiciones de control (como listas de espera o tratamiento habitual), con tamaños del efecto que oscilaron entre moderados y altos para el trastorno de pánico, la ansiedad social, la fobia específica, el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno de ansiedad por separación. Por si fuera poco, tales hallazgos se mantuvieron consistentes incluso en estudios con alto rigor metodológico.

En cuanto al estrés, la TCC también ha demostrado beneficios clínicamente relevantes. **Los mismos autores señalan que los tratamientos cognitivo-conductuales generan reducciones significativas en los síntomas de estrés agudo y postraumático**, así como mejoras en la regulación emocional y la funcionalidad general. Si bien existen diferencias en los protocolos según el diagnóstico, existe un núcleo común de estrategias terapéuticas que resultan eficaces en la mayoría de los casos.

Por su parte, Carpenter y colabs. en 2018 llevaron a cabo un metaanálisis que comparó la TCC con condiciones de placebo psicológico. A través de 41 estudios, concluyeron que la TCC fue significativamente más eficaz en la reducción de síntomas de ansiedad. Resulta interesante detenernos en este punto, ya que, según él, **el efecto terapéutico de la TCC no se debe únicamente a factores inespecíficos como la alianza terapéutica o el acompañamiento emocional, sino a mecanismos activos de cambio relacionados con el modelo cognitivo-conductual**.

En conjunto, **la evidencia disponible respalda el uso de la TCC como intervención efectiva, segura y reproducible para los cuadros de ansiedad y estrés**. Concretamente, su aplicabilidad transdiagnóstica, combinada con resultados consistentes a lo largo del tiempo, la posicionan como una herramienta central en la práctica clínica contemporánea.

3.1.2. Diferencias con otros enfoques terapéuticos

Una vez comprendida la eficacia de la TCC, resulta valioso entender qué diferencias mantiene con las demás propuestas de intervención terapéutica. Tanto en sus fundamentos teóricos como en la metodología de intervención.

En primer lugar, una de sus características distintivas es su **foco en el presente, junto con la orientación a objetivos concretos, la estructuración del tratamiento y la búsqueda activa del cambio**. A diferencia de modelos psicodinámicos o humanistas, que tal vez se centran más en aspectos de la historia personal o en el desarrollo del autoconocimiento, pone el énfasis en cómo los pensamientos y conductas actuales influyen en el malestar emocional y funcional de quien consulta.

Igualmente, **con ello no queremos decir que en las intervenciones cognitivas-conductuales no se le dé lugar a aspectos subjetivos del paciente.** Por el contrario, se considera importante centrarse en aspectos conductuales y de pensamiento, entendiendo que los anteriores están moldeados por la historia personal del paciente, sus creencias centrales, distorsiones cognitivas, entre otros aspectos. Explicaremos más sobre ello en módulos posteriores.

Otra diferencia clave es la incorporación sistemática de técnicas de evaluación continua. En la TCC, los síntomas se miden antes, durante y después del tratamiento, lo que permite monitorear el progreso, ajustar las intervenciones y tomar decisiones clínicas informadas. Lo anterior, contrasta con enfoques menos estructurados, donde la evaluación suele depender más de la observación cualitativa o del criterio clínico.

A su vez, **la TCC parte de un modelo colaborativo entre terapeuta y consultante.** El terapeuta actúa como guía o entrenador que enseña habilidades para que la persona comprenda y transforme sus patrones cognitivos y conductuales. Dicha postura difiere de otros enfoques que suelen adoptar un rol más interpretativo, explorando significados simbólicos o conflictos inconscientes.

En términos de eficacia, la TCC también **se diferencia por contar con un respaldo empírico más sólido.** De hecho, Curtiss y cols. comparan sus resultados con los de otras terapias psicológicas, como la terapia psicodinámica y la terapia centrada en la persona, señalando que si bien estas pueden ofrecer beneficios, la magnitud del efecto suele ser menor y menos consistente. Esto se atribuye, en parte, a que muchos carecen de protocolos estandarizados o modelos explicativos bien definidos que orienten la práctica clínica.

En definitiva, aunque existen múltiples caminos terapéuticos válidos, la TCC se caracteriza por **su estructura clara, su orientación práctica, su énfasis en la evidencia empírica y su capacidad de adaptación a diversas problemáticas.** Tales cualidades la han convertido en una de las opciones de primera línea para el abordaje de cuadros de ansiedad y estrés, tanto en contextos clínicos como de salud pública.



3.1.3. Estructura de la intervención terapéutica

Habiendo ya ahondado en los aspectos teóricos de la TCC, es interesante explorar de qué manera se ven reflejados en la estructura terapéutica. Y es que, al tener un orden definido que facilita la aplicación sistemática de sus técnicas y el seguimiento del progreso terapéutico, organiza el proceso clínico en etapas progresivas, con objetivos concretos, tareas puntuales y evaluación continua. Por ende, vuelve mayor la eficacia de la intervención.

Si bien esto puede variar, los tratamientos cognitivo-conductuales para la ansiedad y el estrés suelen seguir una secuencia estándar que se adapta a las necesidades particulares de cada caso. En líneas generales, los componentes estructurales más frecuentes incluyen:

- **Evaluación inicial y psicoeducación:** El tratamiento comienza con una evaluación diagnóstica que permite identificar los síntomas principales, sus antecedentes y factores mantenedores. Luego, se ofrece psicoeducación sobre la ansiedad o el estrés, explicando el modelo cognitivo-conductual y su aplicación al problema específico.
- **Formulación del caso:** A partir de la información recopilada, se elabora un modelo individualizado que describe cómo se interrelacionan pensamientos, emociones, conductas y respuestas fisiológicas. Esta formulación guía la selección de técnicas terapéuticas y se revisa a lo largo del proceso.
- **Entrenamiento en habilidades y técnicas específicas:** La intervención incluye el aprendizaje de estrategias como la reestructuración cognitiva, la exposición gradual a situaciones temidas, el entrenamiento en relajación, la resolución de problemas y el manejo de evitación o conductas de seguridad. Cada técnica se introduce de manera gradual, con prácticas dentro y fuera de sesión.
- **Monitoreo del progreso:** Se utilizan registros y cuestionarios periódicos para evaluar cambios en los síntomas, pensamientos y conductas. Esta información se discute en sesión y permite ajustar el tratamiento según los avances o dificultades.
- **Prevención de recaídas y cierre:** En las últimas sesiones se trabaja en consolidar los logros, identificar señales de alerta y desarrollar un plan de prevención de recaídas. El consultante repasa las herramientas adquiridas y cómo aplicarlas en el futuro.

En la mayoría de los protocolos, el tratamiento es de duración limitada, oscilando entre 8 y 16 sesiones, con una frecuencia semanal. **No obstante, la estructura se adapta en función del diagnóstico, la gravedad del cuadro y las características individuales.** A pesar de esas variaciones, la secuencia general descrita representa el núcleo organizador de las intervenciones cognitivo-conductuales, y ha demostrado ser eficaz en contextos clínicos, comunitarios y digitales.

3.1.4. TCC: Conceptualización y abordaje para la ansiedad y el estrés

Desde la TCC, tanto la ansiedad como el estrés se entienden como fenómenos mediados por procesos cognitivos y conductuales que distorsionan la percepción de amenaza y afectan el modo en que una persona responde ante ella. En lugar de atribuir el malestar exclusivamente a estímulos externos o a desequilibrios fisiológicos, el presente enfoque sostiene que son las **interpretaciones disfuncionales** de tales estímulos [y las conductas que derivan de ellas] las que contribuyen a la aparición, mantenimiento y exacerbación del sufrimiento.

Siguiendo esta línea, los individuos con ansiedad o estrés elevado tienden a **sobreestimar la peligrosidad de ciertas situaciones, y a subestimar su capacidad para enfrentarlas**, lo que genera una activación emocional intensa, síntomas físicos desregulados y estrategias de afrontamiento desadaptativas, como la evitación o el uso de “conductas de seguridad”. Dichas conductas, aunque inicialmente reducen el malestar, en el largo plazo no hacen otra cosa que reforzar la percepción de vulnerabilidad. Asimismo, se reconocen distorsiones cognitivas recurrentes, como la catastrofización, la sobregeneralización o la atención selectiva hacia lo negativo, que sesgan la forma en que la persona procesa la información relacionada con la ansiedad o el estrés.

Entonces, el tratamiento no se limita a la eliminación de síntomas, sino que busca **transformar los patrones de pensamiento, emoción y comportamiento que sostienen el problema**. Por ello, el trabajo clínico incluye componentes psicoeducativos, técnicas cognitivas (como la identificación y modificación de pensamientos automáticos) y procedimientos conductuales como la exposición gradual o el entrenamiento en habilidades específicas, dependiendo del trastorno y sus características (Starcevic, 2016).

A continuación, **profundizaremos, justamente, sobre las particularidades de la conceptualización cognitivo-conductual de la ansiedad y del estrés**. Esto, por supuesto, considerando sus elementos nucleares y su utilidad clínica para el diseño de intervenciones eficaces.

3.1.4.1. La ansiedad desde la TCC

Como se comentó anteriormente, el modelo cognitivo-conductual conceptualiza los trastornos de ansiedad como una interacción entre pensamientos anticipatorios negativos, activación fisiológica intensa y conductas de evitación que, si bien alivian momentáneamente el malestar, perpetúan el malestar a largo plazo. Dicha perspectiva permite comprender el fenómeno ansioso en términos funcionales e intervenir sobre los procesos que lo mantienen y agravan. Adicionalmente, **se reconoce el rol de las creencias centrales disfuncionales** (por ejemplo, “no puedo controlar lo que siento” o “algo malo va a pasar”), **que organizan la forma en que la persona interpreta el entorno y responde a él**.

La mencionada distinción resulta fundamental, ya que permite **intervenir selectivamente sobre los mecanismos que mantienen el ciclo ansioso**. En consecuencia, el objetivo no es eliminar por completo la ansiedad, sino ayudar a que recupere su función original como señal útil y transitoria, en lugar de convertirse en un obstáculo permanente. Reconocer esta diferencia también favorece el trabajo psicoeducativo, al reducir la autoestigmatización y promover una actitud más comprensiva y activa frente al tratamiento.



3.1.4.2. El estrés desde la TCC

En cuanto al estrés, el mismo no se entiende como una reacción automática ante eventos externos, sino como el resultado de una evaluación cognitiva que realiza la persona sobre la situación y sobre sus propios recursos para afrontarla. Esta perspectiva se alinea con el modelo transaccional de Lazarus y Folkman, donde la percepción de amenaza y la valoración de autoeficacia son determinantes clave en la respuesta de estrés. Por lo tanto, la experiencia estresante es subjetiva: **no depende tanto del evento en sí, sino de cómo es interpretado por el individuo.**

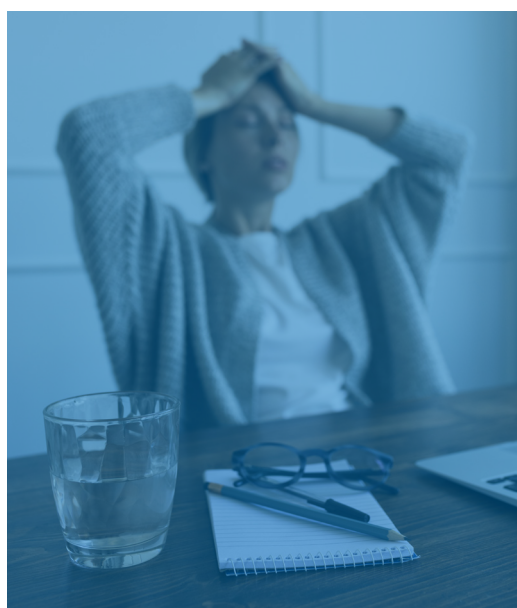
En cuanto a ello, uno de los aportes centrales de la TCC es **identificar los esquemas cognitivos disfuncionales** (creencias profundas y estables) que predisponen a ciertas personas a interpretar las demandas del entorno como excesivas o incontrolables. Dichas evaluaciones generan emociones negativas intensas, activación fisiológica sostenida y conductas que, aunque busquen alivio inmediato (como evitar responsabilidades o postergar decisiones), terminan manteniendo o incrementando el malestar.

De tal manera, se interviene, por ejemplo, mediante técnicas de reestructuración cognitiva, que ayudan a identificar y modificar patrones de pensamiento distorsionados, así como con estrategias conductuales orientadas al desarrollo de habilidades de afrontamiento más eficaces (por ejemplo, resolución de problemas, planificación realista o técnicas de relajación). El resultado buscado tenderá a ser una relación más flexible y saludable con las situaciones demandantes.

A su vez, **también es posible trabajar sobre las respuestas fisiológicas al estrés**, enseñando al consultante a reconocer las señales del cuerpo y a responder con técnicas de autorregulación. Esta combinación de trabajo cognitivo, emocional, conductual y físico permite intervenir de manera integral, favoreciendo una disminución del estrés percibido y una mayor percepción de control.

Como último punto, aclaramos que, al igual que con la ansiedad, el **objetivo no es evitar por completo el estrés, sino modificar la forma en que se interpreta y se responde a él.** En dicho marco, es posible fortalecer los recursos internos y favorecer una adaptación saludable al entorno.

Finalmente, y ahora que ya hemos sentado las bases conceptuales para la comprensión de la ansiedad, el estrés y su abordaje desde la TCC, ahondaremos en una estrategia fundamental: la psicoeducación. Vayamos a ello.



3.2. Psicoeducación

La psicoeducación constituye uno de los pilares más valiosos en los procesos terapéuticos orientados al abordaje de los trastornos de ansiedad y estrés. Particularmente, **se reconoce su valor no solo como estrategia introductoria, sino también como una herramienta transversal** que fortalece la alianza terapéutica, favorece la adherencia al tratamiento y potencia la comprensión activa del propio malestar.

El presente módulo tiene como objetivo profundizar en los distintos aspectos de la psicoeducación aplicada a la ansiedad y el estrés, abordando sus fundamentos teóricos, sus beneficios clínicos y las modalidades más eficaces de implementación. Asimismo, se analizarán sus particularidades en el abordaje de conductas de evitación, reconocimiento emocional y afrontamiento de experiencias internas.

De hecho, son múltiples las investigaciones que han demostrado que integrar estrategias psicoeducativas adecuadas favorece la reducción sintomática, mejora la calidad de vida y potencia la satisfacción con el tratamiento. Por tal motivo, a través del recorrido del presente módulo, ahondaremos en recursos conceptuales y prácticos que permitan optimizar el uso de dicha herramienta en el tratamiento de cuadros de ansiedad y estrés.

3.2.1. La psicoeducación como estrategia terapéutica

Más allá de su carácter informativo, se configura como una **intervención activa dentro de la TCC, orientada a construir marcos explicativos funcionales que potencien el afrontamiento y la participación terapéutica**. Su implementación, además de transmitir conocimiento, busca intervenir directamente en las interpretaciones disfuncionales, fomentar la colaboración activa y establecer bases sólidas para técnicas más complejas.

En los siguientes subapartados, exploraremos sus principales objetivos y beneficios, su sustento teórico dentro del paradigma cognitivo-conductual, su relación con la regulación emocional y la aplicación específica dentro de cuadros como la ansiedad y el estrés. Por último, nos detendremos en analizar su utilidad para abordar patrones de evitación, elemento transversal en diversas formas de sufrimiento psicológico.

3.2.1.2. Fundamentos teóricos de la psicoeducación en TCC

Para comenzar, debemos tener en claro que la psicoeducación se concibe como una **técnica estructurada y basada en evidencia, destinada a proporcionar información clara y funcional** sobre salud mental, los diversos cuadros psicopatológicos, su etiología, mantenimiento y abordaje. Dicho componente no solo cumple una función informativa, sino también reguladora, en tanto facilita una reinterpretación más adaptativa de la sintomatología y reduce el impacto emocional asociado al desconocimiento.

Ya mencionamos que el sufrimiento psicológico no solo se alimenta de los síntomas en sí mismos, sino también del modo en que estos son interpretados. Así, brindar una explicación comprensible y coherente acerca de la ansiedad o el estrés —incluyendo sus manifestaciones fisiológicas, cognitivas y conductuales— **permite resignificar los síntomas, reducir el miedo que generan y promover un afrontamiento más activo**.

Cabe destacar, además, que la psicoeducación se posiciona como una **herramienta capaz de ser aplicada en múltiples formatos**: sesiones individuales o grupales, materiales impresos, recursos audiovisuales e incluso modalidades online; flexibilidad que permite adaptar la intervención a las necesidades de cada persona y facilita su implementación en los múltiples contextos clínicos.

Asimismo, su integración en protocolos transdiagnósticos —orientados a tratar dimensiones comunes entre distintos trastornos de ansiedad— refuerza su valor como herramienta de base. Como señalan diversos autores, funciona como un **componente articulador que permite comprender patrones emocionales y conductuales frecuentes**, más allá de las categorías diagnósticas tradicionales [Marker et al., 2020].

Finalmente, en términos didácticos, actúa como un **punto entre la conceptualización del problema y la aplicación de técnicas específicas**. Al favorecer una narrativa coherente sobre la experiencia emocional, facilita el tránsito hacia intervenciones como la reestructuración cognitiva, la exposición o el entrenamiento en habilidades de afrontamiento.

3.2.1.3. Rol de la información en la regulación emocional

Dentro de este marco, la psicoeducación cumple un papel fundamental al proporcionar a los consultantes una base cognitiva desde la cual interpretar, nombrar y gestionar sus experiencias emocionales. Concretamente, el acceso a información clara y científicamente validada sobre el funcionamiento de las emociones y su vinculación con la ansiedad, **permite desactivar respuestas automáticas desreguladas y reemplazarlas por estrategias de afrontamiento más eficaces**.

Así pues, dicho conocimiento **favorece una forma de regulación emocional indirecta**: al reinterpretar los síntomas como una manifestación comprensible del sistema de respuesta al estrés, el paciente reduce su activación fisiológica secundaria. Y, por lo tanto, interrumpe el ciclo de ansiedad. La idea anterior resulta coherente con los postulados de la TCC, que destacan la importancia de la reestructuración de las creencias disfuncionales en la regulación de los estados emocionales “negativos”.

A su vez, la información ofrecida en el marco psicoeducativo permite **validar las emociones experimentadas, diferenciarlas con mayor precisión y aumentar la tolerancia al malestar**. Tal “alfabetización emocional” se considera un primer paso esencial para la implementación de estrategias más complejas de regulación. Por último, brindar información en un contexto terapéutico seguro y colaborativo no solo reduce el impacto del malestar emocional, sino que también promueve una actitud de curiosidad y apertura hacia el mundo interno, en lugar de la evitación o el juicio.



3.2.1.4. Particularidades del uso en ansiedad y estrés

Aunque sus principios generales son compartidos con otras áreas de la salud mental, la especificidad de los síntomas ansiosos y del estrés agudo o crónico exige adaptar los contenidos y el enfoque a las necesidades de esta población. En primer lugar, un componente esencial de la psicoeducación consiste en **explicar detalladamente el funcionamiento del sistema nervioso autónomo** —en particular, la activación del eje simpático durante la respuesta de lucha o huida—, así como su rol adaptativo original. Lo anterior se fundamenta en la idea de que comprender que las respuestas corporales forman parte de un mecanismo de protección, y que no implican necesariamente un riesgo real, ayuda a disminuir la interpretación catastrófica de los síntomas.

A su vez, en estos cuadros la tendencia a la evitación experiencial se convierte en un obstáculo central para la recuperación. Desde tal perspectiva, la psicoeducación **debe incluir información específica sobre el papel de la evitación en el mantenimiento y la exacerbación de la ansiedad**. Al mostrar cómo evitar situaciones, sensaciones o pensamientos ansiógenos refuerza la percepción de peligro, se prepara al paciente para afrontar de manera gradual y planificada sus temores, favoreciendo la adherencia a las técnicas de exposición y afrontamiento. Haremos hincapié en ello más adelante.

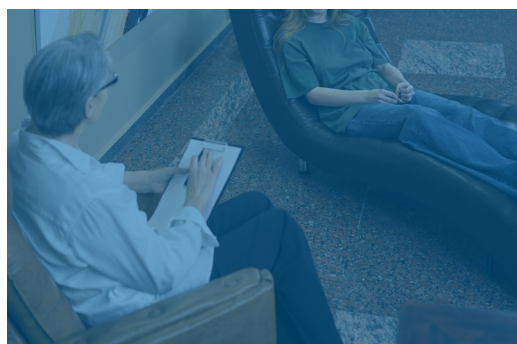
Otro aspecto distintivo es la **necesidad de abordar creencias erróneas comunes** entre los pacientes ansiosos, tales como la idea de que "perder el control" es inminente o que la ansiedad podría llevar a consecuencias graves [desmayos, ataques cardíacos]. La psicoeducación debe enfocarse en desmitificar dichos temores a partir de información basada en la evidencia, explicando, por ejemplo, los límites fisiológicos de la respuesta de ansiedad y la imposibilidad real de ciertos desenlaces temidos.

Finalmente, en cuadros de estrés crónico, **es importante integrar contenidos que expliquen los efectos acumulativos del estrés en la salud física y mental**, así como las vías disponibles para su mitigación a través de técnicas de manejo del estrés y regulación emocional. De esta forma, la idea no es solo transmitir conocimiento, sino actuar como una primera intervención correctiva frente a patrones de interpretación disfuncionales.

3.2.1.5. Psicoeducación para reducir la evitación

Por otro lado, queremos detenernos en un aspecto que consideramos fundamental: la evitación. La misma constituye uno de los mecanismos centrales en el mantenimiento de los trastornos de ansiedad y estrés. Aunque inicialmente puede generar un alivio temporal del malestar, a largo plazo limita el repertorio conductual del individuo y perpetúa la ansiedad. En este sentido, una de las funciones esenciales de la psicoeducación dentro del tratamiento cognitivo-conductual es precisamente **abordar de manera explícita el rol de la evitación y fomentar estrategias alternativas de afrontamiento**.

Por lo tanto, siempre debemos incluir una **explicación clara y accesible sobre cómo la evitación opera como un "refuerzo negativo"**. Es decir, cómo al evitar situaciones, sensaciones o pensamientos temidos, se refuerza la idea de que estos son peligrosos o incontrolables. Como consecuencia, aumentará la disposición a enfrentarlas de manera gradual [Marker et al., 2020].



En este sentido, es fundamental:

- **Normalizar** la tendencia a evitar como una respuesta humana comprensible, reduciendo la autocrítica asociada.
- **Explicar** que la ansiedad disminuye naturalmente con la exposición mantenida al estímulo temido (habitución).
- **Enseñar** que el objetivo no es eliminar la ansiedad de inmediato, sino aprender a tolerarla y funcionar a pesar de su presencia.
- **Mostrar** que el éxito terapéutico no se mide por la ausencia de malestar, sino por la recuperación de áreas de vida valoradas.

3.2.2. Estrategias específicas de psicoeducación para ansiedad y estrés

Una vez establecidos los fundamentos y beneficios de la psicoeducación, resulta crucial abordar las distintas estrategias concretas que son factibles de ser empleadas. Lo anterior se debe a que **su efectividad depende, en gran medida, de la capacidad del terapeuta para adaptar la información al perfil de cada paciente**, utilizando recursos claros, accesibles y emocionalmente significativos.

Dentro de este orden de ideas, diversos estudios han resaltado la importancia de utilizar múltiples canales y formatos para facilitar la comprensión, retención y aplicación de la información proporcionada. Desde explicaciones conceptuales sobre el ciclo de la ansiedad hasta la utilización de analogías, esquemas visuales y técnicas de educación emocional, **cada recurso debe ser seleccionado estratégicamente para responder a las necesidades y características individuales**.

En los subapartados que siguen, **se desarrollarán las principales herramientas específicas de psicoeducación**, incluyendo la explicación del ciclo ansiedad-estrés, la introducción al sistema nervioso y la respuesta fisiológica, el uso de metáforas y esquemas, y la educación emocional básica.

3.2.2.1. Explicación del ciclo ansiedad-estrés

Tal y como hemos adelantado, la comprensión del ciclo ansiedad-estrés es una de las herramientas psicoeducativas más potentes en el abordaje de los trastornos de ansiedad. Dicho modelo explicativo permite al paciente visualizar de manera clara cómo se desencadena y mantiene su malestar emocional, facilitando la identificación de puntos de intervención posibles.

Según Rodrigues y cols. [2018], la ansiedad se activa cuando un estímulo —externo o interno— es interpretado como una amenaza. Tal evaluación cognitiva da lugar a una serie de respuestas automáticas: activación fisiológica (taquicardia, sudoración, hiperventilación), pensamientos catastrofistas ("algo terrible va a pasar") y conductas de escape o evitación. Dichas conductas, si bien reducen momentáneamente la ansiedad, refuerzan la percepción de peligro, cerrando así un ciclo que perpetúa el trastorno. Por tales motivos, **explicar este ciclo de manera gráfica** —por ejemplo, a través de diagramas circulares que representen las distintas fases— **ayuda a los pacientes a:**

- Reconocer los disparadores iniciales de su ansiedad.
- Diferenciar entre el evento real y la interpretación amenazante.

- Entender cómo la evitación, aunque alivia en el corto plazo, mantiene el problema en el largo plazo.
- Identificar oportunidades para interrumpir el ciclo, ya sea modificando pensamientos, conductas o respuestas fisiológicas.

Además, **presentar el ciclo como un proceso aprendido y mantenido** (y no como una condición inmutable) **contribuye a fortalecer la percepción de control y la esperanza de cambio**, aspectos fundamentales en el proceso terapéutico. Un ejemplo típico es el de un paciente que, ante una sensación de taquicardia leve, interpreta que está teniendo un ataque cardíaco, se retira apresuradamente de la situación en la que se encuentra, y a partir de entonces evita actividades similares.

3.2.2.2. Introducción al sistema nervioso y la respuesta fisiológica

De manera similar, comprender la respuesta fisiológica de la ansiedad es un componente clave. Como hemos visto, los pacientes suelen interpretar sus síntomas físicos como señales de enfermedad grave o de inminente pérdida de control, lo que intensifica la reacción ansiosa. Por ello, proporcionar una explicación detallada y adaptada sobre el funcionamiento del sistema nervioso permite desactivar interpretaciones catastróficas y reducir el miedo al propio cuerpo.

Rodrigues et al. [2018] destacan que la ansiedad activa el sistema nervioso autónomo, en particular su rama simpática, responsable de preparar al organismo para la respuesta de lucha o huida ante una amenaza percibida. Dicha activación implica una serie de cambios fisiológicos normales y adaptativos: aumento de la frecuencia cardíaca para enviar sangre a los músculos, dilatación pupilar para mejorar la visión, hiperventilación para incrementar el oxígeno disponible, entre otros.

Desde una perspectiva evolutiva, tales reacciones mantenían sentido para enfrentar amenazas físicas reales. Sin embargo, **en el contexto actual**, donde muchas amenazas son simbólicas o anticipadas (por ejemplo, hablar en público o experimentar una emoción intensa), **esta misma activación puede resultar disfuncional**. Por ello, en la psicoeducación, es importante resaltar los siguientes puntos:

- **La respuesta fisiológica es automática** y no depende de la voluntad consciente.
- **No es peligrosa**, aunque resulte incómoda, el cuerpo tiene mecanismos autorregulatorios que impiden que se des controle o cause daño.
- **Tiende a autolimitarse**, ya que la activación máxima suele sostenerse solo por un tiempo limitado, tras lo cual el organismo comienza a recuperar su estado basal.
- **La interpretación de los síntomas influye en su intensidad**: cuanto más amenazantes se perciban las sensaciones, mayor será la activación emocional secundaria.



3.2.2.3. Analogías y metáforas

Dicho lo anterior, **el empleo de analogías y metáforas constituye una estrategia fundamental para facilitar la comprensión profunda de conceptos complejos**, al mismo tiempo que promueve una implicación emocional activa del paciente. En concreto, los relatos metafóricos permiten traducir el lenguaje técnico en imágenes mentales accesibles, favoreciendo la internalización de aprendizajes significativos [Rodríguez et al., 2018].

Una de las metáforas más utilizadas en el tratamiento de la ansiedad es la de **“la ola de ansiedad”**. En esta analogía, se invita al paciente a imaginar su experiencia ansiosa como una ola en el mar: una fuerza natural que crece, alcanza un punto máximo y, de manera inevitable, desciende. Resistirse a la ola solo genera agotamiento, mientras que acompañarla permite transitar el malestar hasta su resolución espontánea.

Otra metáfora clave es la de **“la alarma falsa”**, mediante la cual se explica que la respuesta de ansiedad actúa como un sistema de alarma que puede activarse incluso ante estímulos no peligrosos. Así como una alarma de incendios defectuosa es capaz de sonar sin que exista un incendio real, el sistema de alarma corporal tal vez se dispare ante amenazas percibidas pero no objetivas.

Asimismo, la metáfora del **“monstruo del túnel”** resulta eficaz para ilustrar el proceso de exposición gradual a situaciones temidas. A través de ella se invita al paciente a visualizar su ansiedad inicial como un monstruo que parece enorme al principio del túnel, pero que disminuye de tamaño a medida que se avanza.

Por último, haremos mención de la **“la brújula interna”**. La misma se utiliza para reforzar la importancia de actuar guiado por valores personales más que por estados emocionales momentáneos.

En resumen, cada una de estas comparaciones o imágenes mentales, no solo facilita la comprensión racional de los fenómenos ansiosos, sino que también promueve una actitud de apertura, aceptación y compromiso con la experiencia emocional, contribuyendo significativamente a la adherencia terapéutica y a la eficacia de las intervenciones posteriores.

3.2.2.4. Uso de esquemas y gráficos

Cabe considerar, por otra parte, que el uso de esquemas y gráficos constituye otra estrategia psicoeducativa de gran valor en el abordaje de tales cuadros. Los recursos visuales permiten organizar la información de manera clara, concreta y jerarquizada, favoreciendo no solo la comprensión intelectual, sino también la retención y aplicación práctica de los conceptos trabajados en sesión. Su utilización facilita el establecimiento de conexiones causales que, de otro modo, podrían resultar abstractas o difíciles de conceptualizar para el paciente.

Más allá de su valor explicativo, **los esquemas y gráficos pueden convertirse en herramientas vivas dentro del tratamiento**, actualizándose a medida que el paciente adquiere nuevas habilidades o enfrenta diferentes desafíos. También es recomendable estimular la participación activa del paciente en la elaboración o modificación de estos recursos, reforzando así su sentido de agencia y apropiación del cambio.

Por último, destacamos que la incorporación de recursos visuales en la psicoeducación **incrementa la adherencia terapéutica y mejora la generalización de los aprendizajes a la vida cotidiana**. Su uso estratégico, por tanto, además de optimizar la comprensión conceptual, potencia los procesos de cambio a nivel emocional y conductual.

3.2.3. Educación emocional básica

Por último, pero no menos relevante, la educación emocional constituye un componente central dentro del abordaje terapéutico. Numerosos estudios subrayan que la dificultad para identificar, comprender y regular las emociones intensifica los síntomas y perpetúa patrones disfuncionales de afrontamiento. Desde la TCC, la enseñanza de habilidades emocionales básicas se considera un prerrequisito esencial para cualquier intervención posterior.

En este apartado abordaremos las habilidades fundamentales de la educación emocional en el contexto clínico: nombrar, diferenciar y validar las emociones. Y, para finalizar, analizaremos su aplicación específica en cuadros de ansiedad y estrés.

3.2.3.1. Nombrar las emociones

La incapacidad para identificar con precisión las emociones propias, se asocia a mayores niveles de ansiedad, impulsividad y dificultades en la regulación emocional. Entonces, un buen primer paso en la “alfabetización emocional” consiste en **ayudar al paciente a poner nombre a sus experiencias internas**.

En la práctica clínica, existen quienes describen su malestar en términos vagos o globales (“me siento mal”, “estoy nervioso”), dificultando la intervención específica. Para facilitar el reconocimiento emocional, se utilizan recursos como listas de emociones, ruedas emocionales o ejercicios de autoobservación estructurada.

3.2.3.2. Diferenciar emociones

Lo siguiente es **diferenciar las emociones entre sí**, incluso cuando comparten manifestaciones fisiológicas similares. Muchas personas confunden estados como ansiedad, ira o entusiasmo debido a su solapamiento somático (activación cardiovascular, aumento de la tensión muscular, etc.). Por tal motivo, ayudar al paciente a discriminar las emociones en función de su cualidad afectiva (agradable o desagradable), su intensidad, su duración y los pensamientos asociados favorece una regulación emocional más ajustada.

3.2.3.3. Validar las emociones

Desde la perspectiva de la TCC, la validación emocional no significa resignarse a la disfuncionalidad, sino partir de la aceptación para construir cambios duraderos. Por ende, lo siguiente sobre lo que tenemos que enfocarnos es aprender a **reconocerlas como respuestas legítimas ante circunstancias vitales**, sin minimizar su importancia ni juzgarlas moralmente.

En cuadros de ansiedad, los pacientes suelen experimentar altos niveles de autocrítica por sentir miedo, vergüenza o inseguridad, considerándolos “signos de debilidad” o “irracionalidad”. Tales actitudes lo único que generan es el incremento del sufrimiento secundario y dificultar la recuperación. En cambio, la validación además de aliviar el sufrimiento emocional inmediato, sienta las bases para procesos más complejos de cambio cognitivo y conductual.

3.2.3.4. Educación emocional en la ansiedad y el estrés

En los trastornos de ansiedad y estrés, las deficiencias en la educación emocional presentan características específicas que deben ser abordadas de manera particularizada. Por un lado, en los cuadros de ansiedad, **suele observarse una hipervigilancia** hacia señales físicas de activación emocional, acompañada de interpretaciones catastrofistas. En estos casos, enseñar a normalizar la activación fisiológica como parte de una respuesta emocional legítima —y no como una amenaza inminente— resulta fundamental para interrumpir el ciclo de retroalimentación ansiosa.

Por otro lado, en el estrés crónico, **es frecuente la aparición de fenómenos de embotamiento emocional o desconexión afectiva** como mecanismos de defensa ante demandas percibidas como abrumadoras. Aquí, la educación emocional busca reconectar al paciente con sus estados internos, fomentando una percepción más matizada y tolerante de sus propias necesidades emocionales.

En ambos casos, la “alfabetización emocional” constituye una herramienta terapéutica transversal que potencia la eficacia de las técnicas específicas de la TCC [exposición, reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales, entre otras].

3.2.4. Consideraciones clínicas en el uso de la psicoeducación

En función de lo planteado, resulta importante aclarar que, si bien la psicoeducación es una herramienta de alto valor terapéutico, **su efectividad depende en gran medida de una implementación cuidadosa y ajustada a las características del paciente**. De tal manera, debemos atender a ciertos aspectos clínicos para maximizar su impacto positivo y evitar efectos indeseados.

Primero que todo, es crucial **adecuar la cantidad de información** al momento evolutivo del tratamiento y al nivel de tolerancia del paciente. Una sobrecarga informativa temprana tal vez resulte abrumadora, especialmente en pacientes que se encuentran en estados de alta activación emocional o con bajo nivel de “insight” inicial.

Asimismo, es esencial **adaptar el lenguaje utilizado**, evitando tecnicismos innecesarios que dificulten la comprensión o generen distancia emocional. El uso de ejemplos cotidianos, analogías y metáforas favorece una apropiación más profunda de los conceptos trabajados.

Otro punto a considerar es la importancia de **integrar la psicoeducación en un contexto relacional validante**. La transmisión de información no debe ser concebida como un acto meramente didáctico, sino también como una oportunidad para fortalecer la alianza terapéutica, reconocer las emociones del paciente y legitimar su experiencia subjetiva.

Por último, siempre tener presente: **la psicoeducación no es un objetivo en sí mismo, sino un medio para potenciar procesos de cambio más amplios**. Su efectividad se maximiza cuando se articula de manera flexible con otras estrategias terapéuticas, como la reestructuración cognitiva, la exposición o el entrenamiento en habilidades de afrontamiento. Atendiendo a estas consideraciones, la se configura como una herramienta viva, adaptativa y profundamente transformadora dentro del proceso terapéutico.

En el siguiente apartado, exploraremos en detalle un caso clínico con el objetivo de profundizar en las diversas herramientas e intervenciones psicoeducativas disponibles. Esta aproximación práctica permitirá aplicar los conocimientos adquiridos a lo largo del módulo, facilitando una comprensión más completa y enriquecedora. Vayamos a ello.

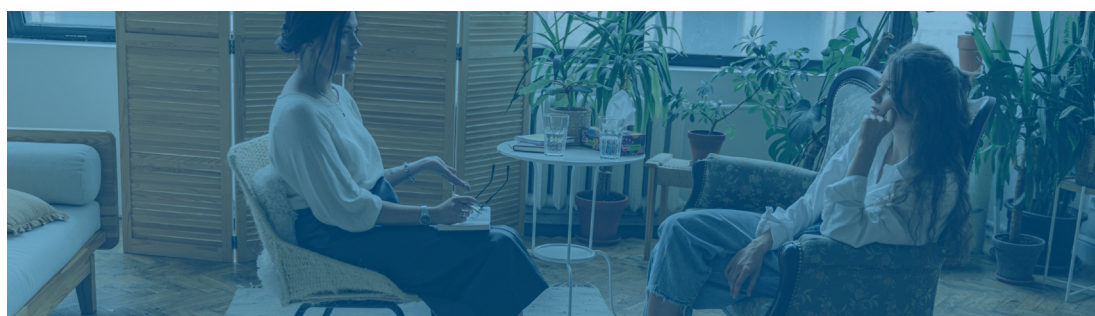
3.2.5. Caso clínico aplicado: Intervención psicoeducativa estratégica

Camila, una arquitecta de 32 años, acude a consulta **manifestando elevados niveles de ansiedad y estrés vinculados a su desempeño laboral**. Desde que recibió una promoción que incrementó significativamente sus responsabilidades, describe sentirse desbordada, incapaz de enfrentar las demandas diarias sin experimentar síntomas intensos de activación fisiológica, entre ellos palpitaciones, sudoración, temblores y sensación de vacío en el estómago. Tales manifestaciones se acompañan de pensamientos intrusivos recurrentes del tipo "no voy a poder", "voy a fallar" o "voy a decepcionar a todos", los cuales incrementan su malestar y conducen a una espiral de evitación de tareas cruciales.

A pesar de su historial de logros académicos y profesionales, Camila muestra un **patrón persistente de autoexigencia perfeccionista y una elevada sensibilidad a la evaluación externa**. Su narrativa revela una marcada dificultad para identificar con precisión sus estados emocionales, tendiendo a describir su malestar de manera global ("me siento mal", "no estoy bien") y experimentando altos niveles de autocritica frente a la vivencia del miedo. Esta falta de "alfabetización emocional" y la intensa autovaloración negativa amplifican su sensación de descontrol, perpetuando el ciclo de ansiedad y evitando toda situación que pueda representar un desafío.

Durante las primeras sesiones, **se decide implementar una intervención psicoeducativa estratégica** que combine la explicación del ciclo ansiedad-evitación, la introducción al funcionamiento fisiológico de la respuesta ansiosa, y la enseñanza de habilidades básicas de educación emocional. Se considera que una comprensión profunda de estos aspectos permitirá a Camila desactivar las interpretaciones catastróficas de sus síntomas, interrumpir el circuito de evitación y comenzar a construir una relación más compasiva con sus experiencias internas.

La intervención inicia con la **presentación de un esquema visual sencillo que representa el ciclo de la ansiedad**. A través de este recurso, se ilustra cómo los pensamientos amenazantes desencadenan respuestas fisiológicas intensas, las cuales, a su vez, refuerzan conductas de evitación, cerrando así un círculo vicioso que alimenta la ansiedad a largo plazo. Camila, observando cómo sus intentos de escape inmediato refuerzan su temor a futuro, comienza a comprender que sus síntomas no son señales de incapacidad, sino consecuencias esperables de un patrón aprendido de respuesta al estrés.



En paralelo, **se introduce una explicación accesible sobre el funcionamiento del sistema nervioso autónomo, utilizando la metáfora de la alarma falsa**. Se explica que su cuerpo, en situaciones de presión, activa un sistema de emergencia diseñado evolutivamente para protegerla, pero que, en contextos actuales, puede sonar en ausencia de un peligro real. Dicha conceptualización permite a Camila reinterpretar sus sensaciones físicas no como preludios de un desborde inminente, sino como reacciones normales y manejables ante una evaluación errónea de amenaza.

Con el objetivo de fortalecer su “alfabetización emocional”, **se trabaja también en la identificación y diferenciación de emociones**. Utilizando herramientas como la Rueda de las Emociones y registros diarios, Camila comienza a precisar su experiencia afectiva, distinguiendo entre miedo, frustración y tristeza, emociones que previamente percibía de forma amalgamada. Cada emoción identificada es validada en su función adaptativa, contribuyendo a debilitar el patrón de autojuicio que históricamente incrementaba su sufrimiento secundario.

Finalmente, para consolidar su motivación hacia la exposición gradual a situaciones temidas, **se introduce la metáfora de la brújula interna**. Se invita a Camila a reconectar con sus valores profesionales —el deseo de crecimiento, la creatividad, la autonomía— y a guiar sus acciones basándose en estos principios, más allá del nivel momentáneo de ansiedad. Esta orientación valorativa le proporciona un ancla sólida para enfrentar el malestar emocional sin necesidad de eliminarlo como condición para actuar.

A lo largo de este proceso, **Camila comienza a modificar su relación con sus síntomas ansiosos, reduciendo la evitación, aumentando su tolerancia a la activación interna y reanudando, de a poco, actividades que había abandonado**. El trabajo psicoeducativo, integrado de manera estratégica y ajustado a sus necesidades específicas, se revela así como un pilar fundamental para el avance terapéutico, sentando las bases para intervenciones más complejas de exposición y reestructuración cognitiva.

Resumen del módulo III

- En este módulo exploramos los fundamentos teóricos y clínicos de la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) y su consolidación como modelo de intervención eficaz en el tratamiento de la ansiedad y el estrés.
- Analizamos su origen histórico, su enfoque estructurado y orientado a objetivos, y la solidez empírica que la respalda como tratamiento de primera línea según múltiples estudios y guías clínicas.
- Contrastamos la TCC con otros enfoques terapéuticos, destacando sus características diferenciales: evaluación continua, foco en el presente, énfasis en el cambio activo y colaboración entre terapeuta y consultante.
- Describimos la estructura general del tratamiento: evaluación, formulación de caso, aplicación de técnicas específicas y prevención de recaídas.
- Se presentó además una conceptualización específica de la ansiedad y el estrés desde la TCC, focalizando en la identificación de pensamientos disfuncionales, conductas evitativas y patrones de activación fisiológica.

- Finalmente, profundizamos en la psicoeducación como herramienta terapéutica transversal, analizando sus fundamentos teóricos, su impacto en la regulación emocional, su utilidad para reducir la evitación y su implementación práctica mediante recursos gráficos, analogías y ejemplos clínicos.
- Este módulo estableció los fundamentos para el despliegue progresivo de técnicas específicas que veremos en los próximos capítulos, comenzando por las estrategias de regulación emocional.



MÓDULO IV

Regulación emocional y relajación

4.1. Introducción al módulo IV

Los déficits en la capacidad para regular emociones están presentes en numerosos trastornos (ansiedad, depresión, etc.), y se asocian a respuestas desadaptativas. Por ello, el objetivo general de este módulo es proporcionar al profesional una guía sólida, con fundamentos teóricos actuales y técnicas prácticas, para ayudar a los pacientes a, además de reconocer y comprender sus emociones, regularlas efectivamente y reducir la activación fisiológica excesiva. A lo largo de los submódulos, se describen estrategias específicas: desde reconocer emociones y desarrollar afrontamiento adaptativo, pasando por estrategias basadas en la aceptación de emociones difíciles (derivadas de terapias de tercera ola), hasta mejorar la tolerancia a la incertidumbre, un factor cognitivo clave en la ansiedad.

Asimismo, se presentan técnicas de relajación estructuradas y probadas: la relajación muscular progresiva, la respiración diafragmática, las prácticas de mindfulness (atención plena) y técnicas de “grounding” o anclaje para crisis agudas de ansiedad. Cada técnica incluye su fundamentación teórica, objetivos terapéuticos y ejemplos clínicos que ilustran su aplicación en pacientes con ansiedad o estrés.

4.2. Regulación emocional

La regulación emocional hace referencia a los procesos mediante los cuales las personas influyen en qué emociones tienen, cuándo las tienen y cómo las experimentan o expresan. En el contexto clínico, entrenar la regulación emocional implica, al menos, 2 pasos. Primero, ayudar al paciente a identificar sus reacciones emocionales (aspecto que ya visualizamos en el final del módulo III). Segundo, modificarlas de manera adaptativa en función de sus metas terapéuticas.

En ansiedad y estrés, suele ser necesario convertir patrones de respuesta habituales (p. ej., evitar o suprimir emociones) en estrategias más constructivas. Debido a ello, las siguientes secciones del manual se centrarán: **(1)** La importancia de fomentar el afrontamiento adaptativo, **(2)** Aplicar estrategias basadas en la aceptación en lugar de la lucha constante contra las emociones, y **(3)** Desarrollar tolerancia a la incertidumbre, reduciendo la necesidad de certeza absoluta que alimenta la ansiedad anticipatoria.

4.2.1. Afrontamiento adaptativo de las emociones

Este aspecto resulta clave si lo que queremos es promover el bienestar psicológico y prevenir la aparición o el agravamiento de síntomas clínicos. Cuando una persona responde de forma flexible y saludable ante emociones difíciles, logra reducir su malestar, fortalece su autonomía, y mejora su toma de decisiones frente a futuras dificultades.



Ahora bien, una vez que hemos identificado las emociones presentes, **el siguiente paso consiste en implementar estrategias de afrontamiento que nos permitan gestionarlas de manera saludable**. Entre las más efectivas se encuentran: la reestructuración cognitiva [para reevaluar pensamientos catastróficos], la solución de problemas [especialmente útil cuando el malestar surge de situaciones modificables], la búsqueda de apoyo social, la expresión emocional adecuada [por ejemplo, compartir preocupaciones con alguien de confianza] y el uso de técnicas de relajación.

Más adelante profundizaremos en aquellas estrategias que consideramos centrales para el abordaje clínico, por lo que en esta instancia solo las presentamos de forma general.

Al mismo tiempo, el objetivo también es desalentar el uso de mecanismos desadaptativos como la evitación persistente, la negación de la experiencia emocional o conductas de afrontamiento nocivas, como el consumo problemático de sustancias.

4.2.2. Estrategias de regulación basadas en aceptación

Fundamentadas en la premisa de que **esforzarse por eliminar o suprimir ciertas emociones paradójicamente las intensifica**, en la Terapia de Aceptación y Compromiso [ACT], el objetivo es entrenar al paciente para que sea capaz de “observar sus emociones y pensamientos” sin juzgarlos ni intentar eliminarlos, permitiendo que fluctúen naturalmente.

Ahora bien, cuando hablamos de aceptación, no estamos queriendo referirnos a una mera resignación pasiva, **sino a dejar de pelear contra sensaciones internas que, si bien son incómodas, no son peligrosas**. Particularmente, en el contexto de la ansiedad, esto significa ayudar a la persona a aceptar la experiencia de la ansiedad (ya sean sus síntomas físicos, la incertidumbre que puede llegar a producir, etc.) y poder comprender que son eventos temporales.

De hecho, son numerosos los estudios que respaldan el valor de la aceptación. Instruir a pacientes ansiosos a aceptar su ansiedad, en vez de huir de ella, conduce a menos miedo y menos pensamientos catastróficos durante la experiencia ansiógena. Ya en el año 2003 Eifert y Heffner encontraron que, al indicarle a personas con pánico que permitieran y sintieran sus sensaciones físicas “sin luchar contra ellas”, la reacción de ansiedad disminuía en intensidad y se volvía menos aterradora, comparado con quienes intentaban suprimir o controlar cada síntoma.

En efecto, procesar las emociones desde una actitud de apertura, aceptación y comprensión constituye un aspecto indisociable de una regulación emocional saludable., Hayes, creador de la ACT, señala que la lucha contra el dolor solo agranda su influencia. Mientras más se intenta evitar o controlar las experiencias internas, mayor es el riesgo de quedar atrapados en ellas [Hayes y Smith, 2005].

Para lograrlo, quien realiza la intervención puede introducir metáforas y ejercicios experienciales que fomenten la aceptación. **Un ejemplo que ilustra muy bien lo que mencionamos párrafos arriba es la “metáfora del tira y afloja con el monstruo”**. Esta propone imaginar una cuerda que conecta al individuo con su ansiedad: cuanto más fuerza se aplica para vencerlo, más poderoso y resistente se vuelve. Desde esta perspectiva, soltar la cuerda no implica una rendición, sino un acto estratégico que le resta fuerza y protagonismo a la lucha interna.

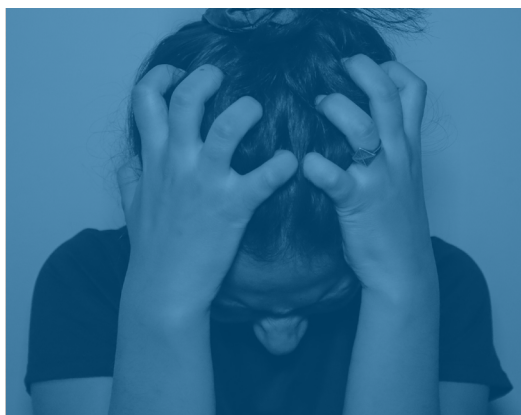
Adicionalmente, dentro de la ACT se emplea la técnica de defusión cognitiva. La misma busca que el paciente aprenda a observar sus pensamientos ansiosos como meros eventos mentales, y no como verdades absolutas o instrucciones que deban guiar su comportamiento. A través de diferentes ejercicios, **la idea es promover una toma de distancia de los contenidos cognitivos, reconociéndolos como productos de la mente que pueden estar presentes sin necesidad de ser obedecidos ni combatidos.** De tal manera, se facilita una relación más flexible con el pensamiento, permitiendo que la conducta esté orientada a valores personales, en lugar de quedar atrapada en intentos infructuosos de control o eliminación de la ansiedad.

4.2.2.1. Veamos un ejemplo clínico

Juan es un abogado de 32 de años diagnosticado con trastorno de pánico, quien presentaba un intenso temor a las sensaciones corporales asociadas a la ansiedad, como las palpitaciones y el mareo. En su vida cotidiana, había instaurado múltiples estrategias de control: evitaba realizar ejercicio físico para no desencadenar síntomas similares a los de un ataque de pánico y llevaba consigo medicación y un tensiómetro a todos lados, como medidas de seguridad. Sin embargo, estas conductas, si bien reducían el malestar momentáneamente, reforzaban su percepción de vulnerabilidad y su necesidad constante de control.

Desde el enfoque de aceptación, el trabajo terapéutico se centró en cambiar la relación con dichas sensaciones. En lugar de intentar evitarlas o eliminarlas, el paciente aprendió a permitir su presencia, reconociéndolas como manifestaciones transitorias que no requerían acciones defensivas inmediatas. En una de las sesiones, relató una experiencia significativa: durante la noche, sintió un aumento en sus palpitaciones. Su respuesta habitual hubiera sido medir su presión de manera compulsiva y tomar ansiolíticos preventivamente. Sin embargo, en esta ocasión, aplicó las estrategias aprendidas en terapia: cerró los ojos, enfocó su atención en la sensación y la describió internamente como “una oleada de energía que atraviesa el cuerpo”. Se permitió sentir la incomodidad sin intentar suprimirla ni amplificarla con pensamientos catastróficos.

Como resultado, se dio cuenta de que la intensidad del pánico disminuyó notablemente al dejar de añadir miedo secundario, por ejemplo, el pensamiento “¿y si me da un infarto?”, a la experiencia primaria de malestar. Con el tiempo, comenzó a reducir progresivamente las conductas de seguridad, como la necesidad de llevar un tensiómetro o evitar actividades físicas. Esta exposición progresiva fortaleció su sentido de autoeficacia, generándole una creciente sensación de dominio personal.



El presente caso ilustra con claridad cómo el entrenamiento en aceptación es capaz de romper el ciclo del “miedo al miedo”, permitiendo que las olas de ansiedad se procesen de manera más rápida y con menor resistencia. En lugar de alimentar la ansiedad a través de la evitación o el control excesivo, Juan aprendió a acompañarla desde una postura de apertura y presencia, favoreciendo así una recuperación más sólida y duradera en el tiempo.

4.2.3. Desarrollo de tolerancia a la incertidumbre

Por otro lado, existe un rasgo cognitivo frecuente en los trastornos de ansiedad, conocido como intolerancia a la incertidumbre. **El mismo consiste en la dificultad para aceptar que el futuro es incierto y que no se puede tener absoluta certeza sobre los resultados.** Quienes lo presentan, perciben las situaciones ambiguas o desconocidas como intolerables y suelen responder con preocupación excesiva, búsqueda de reaseguración o evitación de riesgos.

En ese sentido, desarrollar tolerancia a la incertidumbre significa que, **gradualmente, se construyan herramientas que permitan sentirse más cómodo con el “no saber”, disminuyendo la necesidad de buscar certeza inmediata.** Lo anterior resulta crucial, pues el intento de eliminar toda incertidumbre, la gran mayoría de las veces, no hace otra que alimentar la preocupación y las ansiedades anticipatorias.

Por ejemplo, en el TAG, la preocupación crónica se mantiene en parte porque el individuo cree que preocuparse o revisar todo evitará resultados negativos. Sin embargo, insistimos, **la búsqueda de certeza absoluta es un objetivo imposible y contraproducente.**

La evidencia es clara al respecto. Por ejemplo, una revisión sistemática y meta-análisis realizada en 2024 analizó el efecto de distintas psicoterapias, incluida la ACT, sobre la intolerancia a la incertidumbre. El estudio recopiló 22 investigaciones con un total de 1.491 participantes, muchos de ellos diagnosticados TAG, y demostró **que las intervenciones psicoterapéuticas consiguieron reducciones significativas en la intolerancia a la incertidumbre, con un tamaño de efecto grande al compararse con grupos sin tratamiento.** Lo anterior sugiere que, tras la intervención, los pacientes toleraban mejor las situaciones ambiguas y reaccionaban de manera menos negativa ante lo incierto [Näsling et al., 2024].

Ahora bien, **¿cómo podemos desarrollar esta tolerancia?** Mediante exposiciones conductuales y técnicas cognitivas, es posible psicoeducar al paciente, de forma gradual y progresiva, sobre la inevitabilidad de la incertidumbre en la vida cotidiana. De tal manera, un primer paso podría ser el identificar las áreas donde se busca certeza excesiva (salud, trabajo, relaciones, etc.). Para ello, una buena idea es utilizar ejercicios como:

- **Experimentar con la incertidumbre:** El objetivo principal aquí es trabajar sobre acciones de control interno, enseñando que es posible convivir con la duda. Podemos, por ejemplo, solicitarle a la persona que posponga una conducta de búsqueda de certeza. Si tiende a revisar repetidamente si cerró la puerta, como tarea deberá salir de casa sin chequear por segunda vez, al menos una vez por semana, registrando la ansiedad que le provoca y comprobando que es capaz de tolerarla.
- **El método “¿Y sí...? → Incluso sí...”:** El objetivo principal aquí es trabajar sobre acciones de control interno, enseñando que es posible convivir con la duda. Podemos, por ejemplo, solicitarle a la persona que posponga una conducta de búsqueda de certeza. Si tiende a revisar repetidamente si cerró la puerta, como tarea deberá salir de casa sin chequear por segunda vez, al menos una vez por semana, registrando la ansiedad que le provoca y comprobando que es capaz de tolerarla.

- **Eliminar reaseguraciones excesivas:** La idea central radica en trabajar sobre la búsqueda externa de certeza, enseñando que la seguridad debería surgir del manejo propio de la ansiedad, y no de la validación constante. Un buen ejercicio sería acordar previamente con el terapeuta un criterio razonable para realizar consultas médicas, como atender a síntomas persistentes o inusuales, en lugar de acudir de inmediato ante cualquier sensación corporal leve o habitual. De esta manera, no se evita el cuidado de la salud, pero se disminuye la búsqueda impulsiva de seguridad, favoreciendo la tolerancia a la incertidumbre.
- **Juego de probabilidades realistas:** Cuando aparecen miedos vinculados a la incertidumbre, el terapeuta trabaja junto al paciente para analizar la probabilidad objetiva de que sus temores se cumplan y los costos de evitar enfrentarlos. Una herramienta útil es el registro de predicciones, donde se anotan las “predicciones catastróficas” junto con su desenlace real. A lo largo del tiempo, el consultante observa que, en la mayoría de los casos, los resultados temidos no ocurren o son mucho menos graves de lo esperado. Lo anterior, termina fortaleciendo la confianza en la capacidad de convivir con la incertidumbre, y reduce la necesidad de control excesivo.

4.2.3.1. Veamos un ejemplo clínico

Mariana, una analista de datos de 30 años, consulta por ansiedad persistente relacionada con su desempeño laboral. A pesar de contar con un historial impecable, teme cometer errores que puedan derivar en un despido. Como estrategia de control, revisa cada informe entre cuatro y seis veces antes de enviarlo, lo cual le genera agotamiento, retrasa sus entregas y aumenta su autocrítica.

Primera estrategia aplicada: Evaluación de predicciones catastróficas

En una primera etapa del tratamiento, se trabajó con la técnica del registro de predicciones. Mariana debía anotar pensamientos anticipatorios (“Si este informe tiene un error, me van a despedir”) y luego contrastarlos con los hechos reales. El objetivo era facilitar una reevaluación cognitiva basada en evidencia empírica.

Tras varias semanas, los registros mostraban que ninguno de sus temores se concretaba. Sin embargo, su ansiedad apenas disminuía. Si bien Mariana comprendía racionalmente que sus pensamientos eran exagerados, continuaba sintiendo la necesidad de revisar compulsivamente. Esto evidenciaba una limitación del abordaje puramente cognitivo cuando las emociones implicadas —como el miedo al fracaso o la necesidad de control— no se ven directamente moduladas por la lógica.

Segunda estrategia aplicada: Exposición a la incertidumbre

Ante esta dificultad, se introdujo una estrategia más experiencial centrada en la exposición a la incertidumbre. Mariana aceptó como tarea enviar un informe por semana tras una única revisión, registrando su nivel de ansiedad en una escala de 1 a 10.

En las primeras semanas, reportó niveles altos de ansiedad (por ejemplo, 8/10), pero gracias al seguimiento terapéutico observó que:

- La ansiedad disminuía de forma natural tras algunas horas (habitación).
- No recibía consecuencias negativas ni reproches por errores menores (que, en la mayoría de los casos, no existían).
- Comenzaba a confiar en su capacidad para actuar sin necesidad de certeza absoluta.

A lo largo del proceso, Mariana redujo significativamente sus conductas de sobre-revisión. Reconoció que la ansiedad podía ser tolerada sin recurrir a estrategias de control y que la acción efectiva no requiere una seguridad total.

Este caso ilustra cómo el cambio conductual sostenido muchas veces requiere atravesar emocionalmente la experiencia que se teme. **Comprender racionalmente que un pensamiento es disfuncional no garantiza su transformación si no se abordan también las emociones asociadas.**

4.3. Técnicas de relajación

En el módulo 1 ya hemos explicado que, en estados de ansiedad, el cuerpo activa la respuesta de “lucha o huida”: aumenta la tensión muscular, la frecuencia cardíaca y respiratoria, y se elevan hormonas del estrés como el cortisol. En ese contexto, las técnicas de relajación **son intervenciones psicofisiológicas dirigidas a reducir la activación del sistema nervioso que acompaña a la ansiedad y el estrés.**

Tal es así que su objetivo consiste en contrarrestar la mencionada activación mediante la inducción de la respuesta opuesta: la “respuesta de relajación”, caracterizada por un descenso de la activación simpática, mayor calma física y mental. **Por un lado, alivia síntomas físicos** (tensión, hiperventilación, palpitaciones) en el momento, y, por otro, **previene la sensibilización crónica del organismo al estrés** si se practican regularmente, disminuyendo la reactividad base de la ansiedad.

A continuación, presentaremos los pasos fundamentales, objetivos y recomendaciones de uso clínico de cuatro técnicas específicas de eficacia comprobada: **la relajación muscular progresiva (RMP), la respiración diafragmática, el “mindfulness” y las técnicas de “grounding” o anclaje** para casos de ansiedad intensa.

4.3.1. Relajación muscular progresiva

La RMP es una técnica de reducción de la activación fisiológica, originalmente desarrollada por Edmund Jacobson en 1929, que consiste en tensar y relajar secuencialmente distintos grupos musculares del cuerpo. **El objetivo principal es aprender a identificar la tensión muscular asociada al estrés o la ansiedad y a liberarla voluntariamente,** induciendo un estado de relajación profunda.

En la práctica, se aplica guiando al individuo a contraer grupos musculares específicos (por ejemplo, manos, brazos, hombros, rostro, piernas) durante unos segundos y luego soltarlos, prestando atención a las sensaciones de distensión. Este ciclo de tensión-relajación se realiza de forma sistemática por todo el cuerpo, ya sea en su formato original (aproximadamente 16 grupos musculares) o en versiones abreviadas.



Referido a su base teórica, **se sustenta en el principio de incompatibilidad fisiológica entre la relajación muscular y la ansiedad**: no es posible estar profundamente relajado y ansioso al mismo tiempo. En efecto, la tensión muscular es parte de la respuesta de ansiedad, mediada por la activación del sistema nervioso simpático [respuesta de “lucha o huida”]. Por ese motivo, mediante la RMP, se busca invertir esa activación: al relajar voluntariamente los músculos, se activa el sistema parasimpático y disminuye la respuesta de estrés.

Ahora bien, también es una de las técnicas con mayor respaldo empírico dentro de las intervenciones conductuales para la ansiedad y el estrés. Numerosos estudios documentan reducciones significativas de la ansiedad tras su aplicación regular. Por ejemplo, una revisión sistemática con metanálisis de ensayos controlados aleatorizados mostró que el entrenamiento en relajación muscular progresiva logró disminuir marcadamente los niveles de ansiedad e incluso mejorar la calidad de vida [Tan et al., 2022]. Además, cabe destacar que su efectividad se ha observado en poblaciones variadas: estudiantes con ansiedad ante exámenes, personas con insomnio, pacientes con enfermedades crónicas e incluso en adultos mayores con ansiedad generalizada.

4.3.1.1. Aplicación práctica

Para lograr una implementación efectiva, **necesitamos estructurar la intervención en dos momentos complementarios**: la práctica guiada en sesión y la asignación de tareas para casa. Profundicemos sobre las pautas principales para su aplicación.

En sesión:

- 1. Explicación inicial de la técnica:** El terapeuta comienza explicando la lógica de la RMP, detallando cómo la tensión muscular se vincula con el mantenimiento y la exacerbación de la ansiedad.
- 2. Entrenamiento guiado de relajación:** A continuación, se realiza una primera práctica de RMP. El terapeuta guía al paciente con una voz calmada, instruyéndolo a tensar un grupo muscular específico durante aproximadamente 5 a 10 segundos. Por ejemplo: “Inhala y aprieta los puños fuertemente... siente la tensión...” seguido de la indicación de soltar: “... Ahora exhala y suelta por completo, percibe la sensación de relajación en tus manos”.
- 3. Recorrido progresivo del cuerpo:** Siempre se debe trabajar de manera ordenada, recorriendo los distintos grupos musculares, generalmente desde los pies hacia la cabeza o viceversa.
- 4. Supervisión y correcciones:** Durante la práctica, un punto clave es que no se contraigan músculos no indicados de forma involuntaria, y que coordine adecuadamente la respiración con los ejercicios [inhalandos al tensar y exhalando al relajar]. Si es necesario, se realizan correcciones suaves para asegurar la efectividad de la técnica.
- 5. Cuidado del ambiente terapéutico:** Para favorecer una atmósfera de calma, es recomendable utilizar un tono de voz suave y pausado. Puede considerarse también el uso de música relajante de fondo, siempre adaptándose a las preferencias y el caso particular.
- 6. Cierre de la práctica:** Una vez relajados todos los grupos musculares, el paciente permanece sentado unos minutos. El terapeuta puede invitar a reflexionar sobre los cambios percibidos, preguntando, por ejemplo: “¿Nota su respiración más lenta?”, “¿Siente menos presión en los hombros?”.

Entre sesiones (tarea para casa):

- 1. Indicación de práctica diaria:** Hacer mención de la necesidad de practicar RMP diariamente para consolidar los aprendizajes. Al inicio, puede ser una buena idea apoyarse en audios o guías escritas que faciliten recordar el orden de los grupos musculares y el tiempo de tensión y relajación.
- 2. Elección del momento y ambiente de práctica:** Es ideal realizar la práctica en un espacio cómodo y tranquilo, preferentemente antes de acostarse, para favorecer no solo la relajación, sino también la inducción al sueño.
- 3. Revisión y retroalimentación en sesión:** En las sesiones siguientes, el terapeuta explora la adherencia a la práctica, las dificultades surgidas (por ejemplo, “me cuesta relajar la mandíbula”) y los efectos percibidos en su estado general.
- 4. Adaptación progresiva de la técnica:** A medida que se familiariza con la RMP, podemos abreviar el procedimiento reduciendo el número de grupos musculares: de los 16 grupos iniciales a 8 o 4 grandes grupos musculares.
- 5. Aplicaciones prácticas en la vida diaria:** En último lugar, podemos sugerir al paciente que utilice utilizar la RMP no solo en contextos formales de práctica, sino también en situaciones reales de estrés. Por ejemplo, realizar una versión abreviada durante una pausa laboral estresante o antes de una situación que genere ansiedad.

4.3.1.2. Veamos un ejemplo clínico

Marta, de 45 años, sufre de sintomatología ansiosa y dice que “siempre está tensa”. En sesión, el terapeuta nota que mantiene los hombros elevados y la mandíbula apretada incluso al hablar de temas neutrales.

Se introduce la RMP explicando cómo la tensión constante alimenta su sensación de ansiedad. En la tercera sesión, se dedica tiempo a enseñarle la técnica: Marta, sentada cómodamente, sigue las instrucciones del terapeuta para tensar y relajar cada zona del cuerpo. Al relajar hombros y cuello, se sorprende de un suspiro involuntario y comenta que no se había dado cuenta de cuánta presión sentía allí. Tras completar la RMP, reporta que “hacía mucho tiempo que no me sentía tan tranquila”; nota sus brazos y piernas más ligeros y refiere que su mente “se quedó en blanco” durante parte del ejercicio [ausencia de preocupaciones constantes].

Como notó buenos resultados, el terapeuta le encarga practicar con un audio guiado cada noche. En las semanas subsiguientes, Marta practica diligentemente y comienza a notar cambios: dice que ahora identifica antes la tensión (por ejemplo, detecta durante el día cuando está encogiéndose los hombros y puede relajarlos conscientemente). También informa que tarda menos en conciliar el sueño por las noches. En sesión, se comprueba su progreso pidiéndole que realice una micro-relajación (tensión y afloje de 4 grupos musculares principales); Marta logra inducir en pocos minutos un estado de calma similar al inicial.

A nivel sintomático, sus puntuaciones de ansiedad somática disminuyen notablemente. Incluso, en una situación reciente de mucha presión laboral, aplicó una versión abreviada de RMP en su oficina, lo que le permitió manejar mejor el resto de la jornada.

4.3.2. Respiración diafragmática

Esta técnica de relajación consiste en un estilo de respiración lenta y profunda enfocado en el descenso y ascenso del diafragma, en lugar de la respiración superficial del pecho. En términos simples, consta de “llenar” de aire la zona abdominal al inhalar, lo que expande el vientre, y luego exhalar lentamente vaciando el abdomen. Así, activa el sistema nervioso parasimpático y disminuye la activación del sistema simpático asociada a la respuesta de estrés y ansiedad. A nivel fisiológico, la respiración diafragmática aumenta el tono vagal (parasimpático), ralentiza la frecuencia cardíaca y promueve un estado de relajación general.

Lo anterior, es especialmente relevante porque la ansiedad a menudo se acompaña de respiración rápida y superficial, hiperventilación y tensión torácica. Entonces, **al enseñar respiración profunda abdominal, se busca contrarrestar esos síntomas físicos y restablecer un equilibrio autonómico.**

En cuanto a la evidencia, múltiples estudios respaldan sus beneficios. De hecho, una revisión narrativa que integró 10 revisiones sistemáticas y 15 ensayos controlados aleatorizados concluyó que la respiración diafragmática es capaz de ayudar a reducir el estrés y tratar la ansiedad, entre otros trastornos (Hamasaki, 2020). Asimismo, un metaanálisis de 2023 sobre intervenciones basadas en respiración halló que aproximadamente el 75 % de estas intervenciones lograron reducir significativamente los niveles de estrés o ansiedad en los participantes (Bentley, et al., 2023).

Si bien aún se necesitan más estudios de alta calidad, **la respiración diafragmática se considera una herramienta segura, accesible, sin costo**, fácil de aprender y utilizable de forma autónoma. Además, no conlleva efectos secundarios y puede utilizarse como complemento de la terapia psicológica tradicional para potenciar la autorregulación emocional del paciente.

4.3.2.1. Aplicación práctica

Estudios indican que es importante practicar con regularidad y con una duración suficiente por sesión (≥ 5 minutos), ya que las intervenciones muy breves (< 5 minutos) o realizadas de forma esporádica tienden a ser menos efectivas (Bentley, et al., 2023). A continuación, se presentan pasos recomendados para su instrucción:

- 1. Preparación:** Pedir al paciente que adopte una postura cómoda [sentado/a con la espalda recta o acostado/a boca arriba] en un ambiente tranquilo. Se le puede sugerir colocar una mano sobre el abdomen [justo encima del ombligo] y la otra en el pecho, para tomar conciencia del movimiento respiratorio.
- 2. Inhalación abdominal:** Indicarle que inhale lentamente por la nariz, dirigiendo el aire “hacia el abdomen”. Debe notar cómo su vientre se eleva empujando la mano abdominal, mientras que el pecho permanece relativamente quieto. Esta inspiración profunda usando el diafragma suele durar alrededor de 4 segundos, adaptándose al ritmo cómodo de cada persona].
- 3. Exhalación lenta:** Luego, que exhale despacio por la boca [o por la nariz, si le resulta más natural], contrayendo suavemente el abdomen para expulsar el aire. La exhalación debería durar igual o un poco más que la inhalación [por ejemplo, entre 4 y 6 segundos] para favorecer la relajación. Es útil imaginar que se “desinfla” el abdomen al soltar el aire, sintiendo cómo la mano sobre el vientre desciende.

4. Ritmo y repetición: Continuar con una respiración pausada y profunda, manteniendo un ritmo cómodo [cerca de 6 u 8 respiraciones por minuto]. Además, quien dirige la intervención tiene la posibilidad de guiar verbalmente al paciente, marcando el tiempo [“inhala... ahora exhala...”], hasta que este adquiera el ritmo por sí mismo.

5. Concentración y manejo de distracciones: Mientras practica, el paciente debe intentar enfocar su atención en las sensaciones de la respiración [por ejemplo, el aire entrando por la nariz, el movimiento abdominal] y en la sensación de calma al exhalar. Si la mente divaga hacia pensamientos ansiosos, lo ideal es ayudarlo a reconducir gentilmente la atención de vuelta a la respiración, sin frustrarse [similar al enfoque “mindfulness” en la respiración].

Siguiendo estas pautas – respiración lenta, profunda, con sesiones suficientemente largas y práctica frecuente – la evidencia sugiere que se maximizan los beneficios ansiolíticos. Adicionalmente, es recomendable que el paciente la use también in situ, es decir, cuando perciba síntomas iniciales de ansiedad [p. ej., respiración entrecortada, palpitaciones], con el objetivo de inducir calma en el momento.

4.3.2.2. Veamos un ejemplo clínico

Imaginemos el caso de María, una mujer de 30 años con TAG que presenta preocupación constante y síntomas fisiológicos de ansiedad [tensión muscular, respiración superficial, frecuencia cardíaca elevada]. Su psicóloga le enseña la respiración diafragmática siguiendo los pasos anteriores, explicándole cómo esta técnica activa la respuesta de relajación.

María practica en casa todos los días por la mañana y por la noche durante 10 minutos, siguiendo audios guiados proporcionados por su terapeuta. En la primera sesión, según el Inventario de Ansiedad de Beck [BAI] era de 19 puntos, indicando ansiedad moderada. Tras 4 semanas de práctica consistente, reporta sentirse más tranquila; al reevaluarla, su puntuación BAI bajó a 13, y después de 8 semanas descendió a 5, un nivel mínimo.

Además, notó cambios físicos: ya no hiperventila durante sus picos de ansiedad, siente menos opresión en el pecho y su ritmo cardíaco en reposo ha disminuido. Por ejemplo, antes su pulso en momentos de ansiedad alcanzaba 90 latidos/minuto, y ahora con la respiración logra mantenerlo alrededor de 72.

Al final del tratamiento, María comenta que, al centrarse en su respiración abdominal, logra “desconectar” de los pensamientos catastróficos por un momento y darle a su cuerpo una señal de calma. Adicionalmente, su terapeuta observa que María ha ganado una herramienta práctica y basada en evidencia para regular su ansiedad en el día a día, lo que complementa el trabajo cognitivo de la terapia.



4.3.3. Mindfulness y técnicas de atención plena

En tercer lugar, el “mindfulness” **es una práctica mente-cuerpo que consiste en llevar la atención al momento presente de forma intencional y sin juzgar las experiencias** internas. En términos de definición clásica, se trata de que la persona tome conciencia de sus pensamientos, emociones y sensaciones “tal como son”, aceptándolos plenamente momento a momento, en lugar de reaccionar automáticamente o intentar evitarlos. Esta filosofía, originada en tradiciones meditativas orientales, fue introducida a la psicología clínica principalmente por Jon Kabat-Zinn, quien la aplicó al manejo del estrés y el dolor crónico en su programa de Reducción de Estrés Basada en Mindfulness (*Mindfulness-Based Stress Reduction*, MBSR, en inglés) en los años 80. Desde entonces, ha ganado amplia evidencia como intervención para la ansiedad.

Pero... ¿Por qué funciona? Teóricamente, la práctica de la atención plena entrena al individuo a romper el “piloto automático” de la ansiedad: en vez de dejarse llevar por preocupaciones futuras o interpretar catastróficamente las sensaciones corporales, se aprende a observar esos pensamientos y síntomas con ecuanimidad, anclándose en el “aquí y ahora”. Lo anterior tiene como consecuencia favorecer una reinterpretación de las respuestas de ansiedad, no como amenazas, sino como eventos transitorios de la mente o el cuerpo. En consecuencia, disminuye la reactividad emocional y aumenta la tolerancia al malestar.

A nivel neurofisiológico, el entrenamiento en “mindfulness” **reduce la activación crónica del eje del estrés** (disminuyendo niveles de cortisol y activación simpática) **y aumenta la conectividad en regiones cerebrales implicadas en la regulación emocional** y la consciencia interoceptiva (percepción de las señales corporales internas). Por ejemplo, focalizar la atención en la respiración (una práctica típica de “mindfulness”) puede mejorar la sensibilidad interoceptiva y al mismo tiempo aliviar la ansiedad (Chin et al., 2024).

En cuanto a efectividad, son diversos los artículos que demuestran resultados sólidos. En primer lugar, una revisión sistemática y metaanálisis encontró que los participantes que practicaron mindfulness regularmente presentaron reducciones significativas en escalas estandarizadas de ansiedad en comparación con quienes no lo hicieron (Zhou et al., 2020). Asimismo, también ha demostrado efectos positivos (de moderados a grandes) en la reducción de la ansiedad en adultos con trastornos de ansiedad, como el TAG, la fobia social e incluso el trastorno de pánico (Chin et al., 2024). Inclusive, muchas veces, estos beneficios conseguidos son comparables con las intervenciones realizadas mediante psicofármacos. De hecho, un estudio reciente mostró que un curso de MBSR de 8 semanas logró reducciones de ansiedad equivalentes a las obtenidas con el escitalopram en personas diagnosticadas con trastornos de ansiedad (Hoge et al., 2022).



4.3.3.1. Aplicación práctica

Existen muchas maneras de que los psicólogos incorporen las técnicas de atención plena, desde ejercicios breves en sesión hasta programas estructurados tipo MBSR o Terapia Cognitiva Basada en *Mindfulness* (*Mindfulness-Based Cognitive Therapy*, MBCT, en inglés). Sea cual sea el caso, **la clave es entrenar al paciente en la práctica de la atención plena, idealmente de forma diaria, con el objetivo de que sea capaz de desarrollar gradualmente mayor conciencia y aceptación.** A continuación se describen técnicas de “mindfulness” comunes y cómo aplicarlas, basadas en protocolos avalados por la literatura:

- **Meditación enfocada en la respiración:** Es la técnica básica de “mindfulness”. Se invita al paciente a sentarse en posición cómoda, con ojos cerrados o semiabiertos, y llevar toda su atención a las sensaciones de la respiración. Por unos minutos, simplemente observa la entrada y salida de aire. Cuando se dé cuenta de que la mente se ha distraído (pensamientos, preocupaciones, etc.), la tarea es reconocer ese pensamiento sin juzgar y devolver la atención a la respiración. Esta instrucción de “volver al presente” se repite cuantas veces sea necesario.
- **Escaneo corporal:** Consiste en dirigir sistemáticamente la atención a distintas partes del cuerpo, tomando conciencia de las sensaciones presentes en cada región, de manera gradual. Por ejemplo, en posición recostada o sentada, el terapeuta guía al paciente a focalizarse primero en los dedos de los pies, luego plantas, tobillos, piernas, y así sucesivamente hasta la cabeza. En cada zona, es importante que el paciente intente observar cualquier sensación (tensión, calor, hormigueo o, incluso, la ausencia de sensaciones) sin intentar modificarla, solo registrándola en su mente. Ciertamente, son muchas las personas con ansiedad somatizada (opresión en el pecho, nudo en el estómago) que encuentran útil esta técnica, pues les enseña a explorar las sensaciones sin alarmarse ni evitarlas, disminuyendo gradualmente la reactividad ansiosa ante las señales corporales.

En última instancia, **resaltamos la necesidad de adaptar las técnicas al caso particular.** Por ejemplo, existen quienes se “enganchan” más con la meditación mientras caminan [prestando atención al propio acto de caminar], otros mientras comen, etc. Es deber del terapeuta explorar junto al paciente qué ejercicios encajan mejor en su rutina y preferencias, fomentando así la adherencia al tratamiento.

4.3.3.2. Veamos un ejemplo clínico

Supongamos el caso de Carlos, un hombre de 35 años con ansiedad social que experimenta intensos temores anticipatorios antes de reuniones y presentaciones en el trabajo. En terapia, su psicóloga decide incorporar el entrenamiento en “mindfulness” para ayudarlo a manejar su ansiedad.

En las primeras sesiones, aprende la meditación enfocada en la respiración: al principio le cuesta, ya que su mente se llena de pensamientos del tipo “voy a hacer el ridículo” cada vez que intenta concentrarse. La terapeuta le recuerda que eso es normal y le instruye a notar esos pensamientos y dejarlos pasar, volviendo una y otra vez a la respiración. Tras un par de semanas, Carlos empieza a notar cambios sutiles: “Ya puedo quedarme sentado respirando unos minutos sin sentir tanta desesperación”, comenta. Se le asigna practicar 10 minutos diarios en casa, alternando entre respiración y escaneo corporal.

Un día, antes de una importante presentación laboral, siente la familiar “oleada de ansiedad” (palpitaciones, sudoración, el pensamiento “no voy a poder”). En lugar de entrar en pánico, decide aplicar lo aprendido: se toma 5 minutos a solas para respirar conscientemente, prestando atención a cómo el aire entra y sale, y observa su miedo como una reacción natural del cuerpo, repitiéndose mentalmente: “es solo ansiedad, pasará”. Al hacerlo, nota que sus síntomas físicos disminuyen ligeramente y que el torrente de pensamientos catastróficos se desacelera. Logra realizar la presentación y, aunque sintió nervios, los manejó mucho mejor que en ocasiones previas.

En consultas posteriores, reporta que su ansiedad general ha bajado: “Ya no me preocupó toda la noche anterior; cuando llega un pensamiento de temor, a veces puedo verlo como algo exagerado y se va”. Describe que ahora siente las emociones “menos intensas, más manejables”, y ha aprendido que es capaz de tolerar la incomodidad sin evitar situaciones.

4.3.4. Técnicas de “grounding” para crisis de ansiedad

Por último, profundizaremos sobre las técnicas de “grounding”, “enraizamiento” o anclaje. Básicamente, **son estrategias terapéuticas orientadas a anclar a la persona al momento presente y a la realidad inmediata**. En una crisis de ansiedad intensa — como un ataque de pánico o un episodio agudo de angustia— es común que la atención de la persona se vea secuestrada por pensamientos catastróficos (“voy a morir”, “me estoy volviendo loco”) o por sensaciones corporales abrumadoras. Incluso puede aparecer despersonalización o desrealización (sensación de estar desconectado de uno mismo o de que el entorno no es real).

En dicho contexto, se busca contrarrestar estos fenómenos, reconectando al individuo con el aquí y ahora tangible, a través de estímulos sensoriales, cognitivos o motores concretos. Si quisiéramos ponerlo en términos simples, se trata de “volver a poner los pies en la tierra” cuando la ansiedad amenaza con desbordar [Koniver, 2023].

Generalmente, **consiste en técnicas breves, simples y de emergencia, cuyo objetivo es cortar la escalada de pánico o la desconexión**. La diferencia principal que podría tener con las técnicas de relajación profunda [que buscan reducir progresivamente la activación], es que el “grounding” intenta redirigir bruscamente la atención hacia afuera [hacia estímulos externos reales] o hacia acciones presentes, con el objetivo de interrumpir el circuito de miedo y restablecer el control cognitivo.

4.3.4.1. Aplicación práctica

Al igual que muchas de técnicas similares, su implementación se divide en dos momentos esenciales: el entrenamiento en sesión, donde el terapeuta guía y ensaya junto al paciente diversas estrategias, y la práctica entre sesiones, que busca consolidar su uso autónomo en la vida diaria. A continuación, detallaremos los principales componentes de cada instancia:

Entrenamiento en sesión:

1. **Introducción a las técnicas:** Se inicia, antes que nada, con psicoeducación, explicando qué es una respuesta de pánico, su fisiología y se presenta el “grounding” como una forma de “primeros auxilios emocionales”.

2. Práctica de técnicas concretas: En este segundo punto, la idea es mostrar y practicar diversas técnicas de “grounding”. Dicho en otras palabras, se individualiza la intervención, ofreciendo un “menú” de opciones para que el paciente identifique cuáles le resultan más efectivas o cómodas. En las secciones 3, 4 y 5, detallamos algunas de ellas.

3. Ejemplo de técnica sensorial (5-4-3-2-1): Se guía al paciente en el uso de la técnica 5-4-3-2-1. Después del ejercicio, se indaga cómo varió la intensidad de la ansiedad durante la práctica:

- Nombrar 5 cosas que ve a su alrededor.
- Nombrar 4 sonidos que percibe.
- Identificar 3 sensaciones táctiles o físicas.
- Detectar 2 olores.
- Reconocer 1 sabor [si es posible].

4. Orientación a la realidad: El paciente practica repetir frases de orientación, como: “Soy Juan, tengo 30 años, hoy es martes y estoy en la oficina de mi psicólogo”. Cabe señalar que en este ejercicio es ideal que se utilicen datos personales reales para anclar la atención al presente.

5. Técnicas sensoriomotoras: Otra forma útil es la relacionada con la sujeción de objetos para estimular los sentidos (por ejemplo, sostener un cubo de hielo o una bola antiestrés). El objetivo aquí es explorar cómo la intensidad del estímulo sensorial ayuda a “sacar” al paciente del foco ansioso.

6. Modelado y guía activa: El terapeuta modela cada ejercicio y corrige bloqueos o dificultades durante la práctica, normalizando errores o bloqueos parciales y alentando a continuar. Por ejemplo, si no se identifican cinco objetos, se permite describir uno con más detalle.

Estrategias entre sesiones:

1. Práctica diaria: Se asigna al paciente la práctica de técnicas de “grounding” tanto en situaciones de tranquilidad como ante señales de ansiedad elevada.

2. Uso de recordatorios: Es recomendable llevar una tarjeta de apoyo en la billetera con los pasos de técnicas específicas (por ejemplo, esquema de la técnica 5-4-3-2-1). También puede utilizarse una alarma en el teléfono con mensajes breves que fomenten el anclaje en el momento presente.

3. Registro de experiencias: Se solicita al paciente registrar en un diario las crisis de ansiedad, anotando si aplicó o no las técnicas, qué estrategia utilizó y el efecto percibido. Dicho registro es particularmente útil, ya que permite revisar, ajustar y reforzar aquellos aspectos que hayan causado complicaciones.

4. Condicionamiento de señales: En el caso de que la persona olvide aplicar las técnicas en situaciones críticas, se trabaja en el uso de señales ambientales. Por ejemplo, notas visibles con preguntas como: “¿Qué hay a tu alrededor ahora?”.

5. Combinación y personalización de técnicas: A medida que se afianza el uso de “grounding”, el paciente puede combinar estrategias o descubrir variantes personales (como tararear una canción, contar hacia atrás desde 100 restando de 7 en 7, etc.).

4.3.4.2. Veamos un ejemplo clínico

Juan es un hombre de 28 años con trastorno de pánico con agorafobia. Refiere que ha tenido crisis súbitas al estar en supermercados llenos de gente, tras lo cual desarrolla un fuerte temor a dichas situaciones. En terapia, además de psicoeducación y reestructuración cognitiva, se trabajan técnicas de “grounding” para brindarle herramientas en caso de sentir un ataque venidero.

En tal contexto, se ensayan en sesión el ejercicio 5-4-3-2-1. Semanas después, Juan relata una experiencia exitosa: “Ayer en el bus empecé a sentir que me venía un ataque – me sudaban las manos y el corazón se me quería salir. En vez de entrar en pánico, hice lo que practicamos: miré a mi alrededor y empecé:

“5 cosas que veo: vi los asientos rojos, un cartel de parada, la chaqueta de una señora, las luces del techo, mis zapatos... Luego 4 sonidos: el motor del bus, gente hablando, mi respiración, la música de fondo... Cuando llegué a 1 sabor [tenía un chicle de menta] ya me sentía mucho más calmado, como un 4 de ansiedad en vez de 9. No tuve el ataque y pude seguir en el bus hasta mi parada”.

Este resultado se analiza en sesión: Juan comprobó que redirigir su atención evitó que el pánico escalara. También menciona que repetir mentalmente “estoy bien, es solo ansiedad” le ayudó. A partir de entonces, Juan siempre lleva con él una pequeña piedra pulida en el bolsillo (un recurso táctil enseñado por su terapeuta); comenta que simplemente meter la mano y sentir la textura fría y lisa de la piedra le recuerda hacer “grounding” y le transmite seguridad.

Gracias a estas técnicas, Juan ha podido exponerse gradualmente a supermercados; en una ocasión sintió inicio de síntomas en la fila de caja, por lo que empezó a enumerar productos visibles en el carrito de otra persona hasta que su ansiedad descendió y pudo completar la compra.

Resumen del Módulo IV

- Aquí abordamos el papel central de la regulación emocional en el tratamiento de la ansiedad y el estrés, comprendiendo su influencia sobre la intensidad y duración del malestar psicológico.
- Analizamos estrategias de afrontamiento adaptativas y su relación con el modelo de aceptación, introduciendo el concepto de tolerancia a la incertidumbre como competencia clínica clave.
- Exploramos múltiples técnicas de relajación que permiten intervenir sobre la activación fisiológica propia de los cuadros ansiosos: relajación muscular progresiva, respiración diafragmática, “mindfulness” y técnicas de “grounding”.
- Se brindaron lineamientos prácticos para su implementación, junto con ejemplos clínicos que ilustran su uso terapéutico y adaptabilidad según el perfil del consultante.

- También reflexionamos sobre la importancia de combinar estas técnicas con un trabajo cognitivo y conductual articulado, para maximizar su impacto clínico.
- En definitiva, este módulo aportó recursos concretos para disminuir la activación emocional en sesión y entre sesiones, preparando el terreno para el trabajo de reestructuración cognitiva que desarrollaremos a continuación.



MÓDULO V

Reestructuración cognitiva

5.1. Introducción al módulo V

En los módulos previos se abordaron las bases teóricas de la ansiedad y el estrés, así como algunas de las estrategias iniciales de psicoeducación y regulación emocional. En este quinto módulo, **nos centraremos en la reestructuración cognitiva, una de las técnicas fundamentales de la TCC**, cuyo propósito es identificar y modificar patrones de pensamiento disfuncionales.

Su premisa central sostiene que las interpretaciones que **una persona hace de los eventos afectan directamente su respuesta emocional y fisiológica**. Así, en contextos de ansiedad o estrés, predominan pensamientos que exageran el peligro o subestiman la capacidad de afrontamiento, manteniendo la activación ansiosa de forma persistente [Beck, 1976; Clark y Beck, 2010].

A su vez, tiene un doble objetivo: por un lado, favorecer que el consultante reconozca sus pensamientos automáticos negativos y creencias subyacentes que agravan el malestar; por otro, promover su cuestionamiento y sustitución por interpretaciones más realistas y funcionales. En cuanto a su respaldo teórico, la evidencia empírica es clara. Aquellas **intervenciones cognitivo-conductuales que incluyen reestructuración generan mejoras significativas en síntomas de ansiedad**, en comparación con condiciones de control o placebo [Carpenter et al., 2018; Curtiss et al., 2021].

Además, se ha observado que la modificación de pensamientos disfuncionales produce efectos positivos en variables cognitivas clave como la intolerancia a la incertidumbre y la percepción de autoeficacia, factores centrales en la psicopatología ansiosa. En los próximos apartados, exploraremos cómo identificar pensamientos disfuncionales [desde cogniciones automáticas hasta creencias profundas], y se presentarán herramientas clínicas —como registros de pensamiento, cuestionarios y esquemas— que permiten aplicar técnicas de reestructuración cognitiva de forma efectiva [Näsling et al., 2024; Paersch et al., 2025].

5.1.1. Pasos a seguir para la reestructuración cognitiva

El proceso de reestructuración cognitiva implica una serie de pasos organizados que permiten al paciente tomar conciencia de sus pensamientos disfuncionales, cuestionarlos y modificarlos por otros más útiles. Aunque **existen variantes según el modelo o autor, la mayoría de los protocolos coinciden en una secuencia básica que puede resumirse en los siguientes pasos** [Beck, 2011; Leahy, 2017; Wright et al., 2017]:

Pasos en la Reestructuración Cognitiva

- Identificación de pensamientos automáticos
- Evaluación de la validez de los pensamientos
- Desafío de pensamientos disfuncionales
- Formulación de pensamientos alternativos
- Implementación y evaluación

5.2. Identificación y modificación de pensamientos disfuncionales

Antes de poder modificar cogniciones, es imprescindible aprender a identificarlas en la experiencia diaria del consultante. Los pensamientos disfuncionales suelen presentarse de forma automática, breve y con alto contenido emocional. En muchos casos, **su estructura está distorsionada o exagerada**, y su aparición genera un impacto emocional inmediato, especialmente en contextos de ansiedad o estrés [Beck, 1976; Clark y Beck, 2010].

En estos cuadros, las cogniciones tienden a amplificar la percepción de amenaza o demanda y a generar interpretaciones pesimistas sobre uno mismo o el entorno, alimentando reacciones fisiológicas de alerta. Esto refuerza el ciclo de ansiedad, pues la interpretación sesgada mantiene activas las emociones y conductas evitativas.

Por ello, el primer paso para intervenir cognitivamente es aprender a detectar los diferentes tipos de pensamientos problemáticos, **incluyendo los pensamientos automáticos negativos (PAN) y las creencias centrales**. Además, es necesario reconocer las distorsiones cognitivas que moldean dichas cogniciones, como la catastrofización o el pensamiento polarizado, entre otras [Leahy, 2017].

En esta sección se describirán:

- Las características de los PAN y cómo surgen en situaciones estresantes.
- La relación entre los PAN y las creencias más profundas, denominadas creencias centrales.
- Las distorsiones cognitivas que dan forma y refuerzan estas interpretaciones disfuncionales.
- Las herramientas clínicas más utilizadas para trabajar este proceso, como el registro de pensamientos.
- Estrategias para entrenar al paciente en la identificación de sus patrones cognitivos, tanto en sesión como entre sesiones.

Comprenderlos y abordarlos es clave para lograr una reestructuración cognitiva efectiva. Sin esta primera fase de detección, **no sería posible generar cuestionamientos ni cambios sostenibles en el sistema de creencias del paciente**.

5.2.1. Pensamientos automáticos negativos

Los PAN son **interpretaciones breves, espontáneas y cargadas de emoción que surgen de manera casi instantánea** ante situaciones que implican desafío, ambigüedad o amenaza. Generalmente, pasan desapercibidos a menos que se preste atención específica, pero influyen significativamente en la experiencia emocional [Clark y Beck, 2010].

Según Beck (1976), en los trastornos emocionales las personas tienden a experimentar un flujo constante de cogniciones negativas que refuerzan su malestar. En el caso de la ansiedad, estos pensamientos suelen **exagerar el peligro percibido y minimizar la capacidad de afrontamiento**, generando una reacción fisiológica y emocional intensa.

Por ejemplo, ante la anticipación de una exposición oral, una persona podría pensar: “Me voy a quedar en blanco y todos notarán lo nervioso que estoy” o “Si cometo un error, será un desastre y pensarán que soy incompetente”. Aunque estos pensamientos no se verbalicen de forma consciente, el impacto es inmediato: provocan síntomas físicos como palpitaciones, sudoración o tensión muscular, y refuerzan conductas de evitación.

Conviene señalar que, para quien los experimenta, los PAN resultan completamente creíbles en el momento. Sin embargo, **al analizarlos racionalmente, suelen ser distorsionados o desproporcionados**. Además, muestran un patrón recurrente: tienden a aparecer en situaciones similares, consolidando un estilo interpretativo disfuncional [Beck y Haigh, 2014].

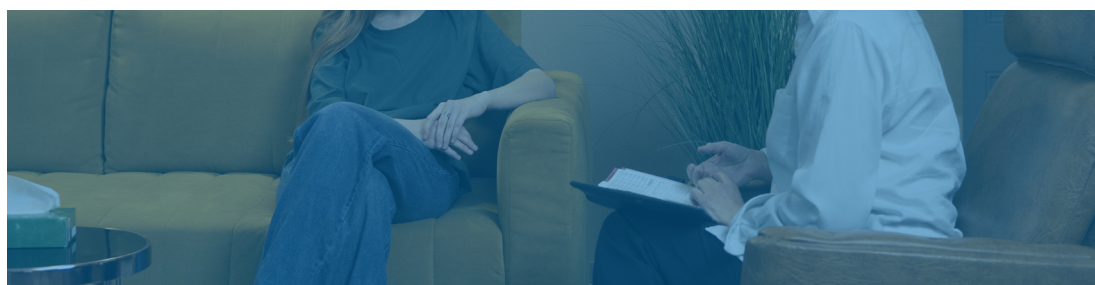
La identificación de estos pensamientos automáticos constituye el primer paso del proceso de reestructuración cognitiva. Entrenar al paciente para que se detenga a observar qué pasaba por su mente justo antes de sentir una emoción intensa (por ejemplo, preguntándose: “¿qué pensé en ese momento?”) permite desarticular la reacción emocional y trabajar sobre su origen cognitivo. Con la práctica, comenzará a detectar esos contenidos con mayor claridad, lo cual sienta las bases para su análisis y modificación.

5.2.2. Creencias centrales y distorsiones cognitivas

Dicho esto, los pensamientos automáticos negativos no aparecen de forma aislada: **suelen estar sustentados por creencias centrales o esquemas cognitivos profundos** que predisponen a interpretar el mundo de forma rígida o sesgada. Estas creencias son ideas globales, estables y cargadas de valor personal que una persona sostiene sobre sí misma, los demás y el entorno. Funcionan como filtros interpretativos de la realidad y se originan, en general, a partir de experiencias tempranas significativas [Beck, 1976; Clark y Beck, 2010].

En personas con ansiedad, es frecuente encontrar creencias como: “el mundo es peligroso”, “si cometo errores, perderé el control”, o “debo estar preparado para todo”, las cuales **alimentan la generación recurrente de pensamientos disfuncionales en situaciones cotidianas**. Por ejemplo, quien sostiene la idea “soy socialmente inadecuado” tenderá a interpretar un silencio en una conversación como “piensan que soy aburrido”, intensificando la ansiedad.

Modificarlas, requiere un trabajo terapéutico más elaborado, ya que tienden a actuar de forma implícita y son más resistentes al cambio. La reestructuración cognitiva trabaja primero con pensamientos automáticos, pero **progresivamente se orienta a cuestionar los supuestos más arraigados que los originan** [Beck, 2011; Leahy, 2017].



En ese sentido, un concepto estrechamente vinculado a las creencias disfuncionales es el de distorsiones cognitivas. Básicamente, estamos hablando de formas sesgadas de pensar que refuerzan las creencias negativas y perpetúan el malestar emocional, causando errores sistemáticos en la interpretación de la realidad. Beck y colaboradores fueron los primeros en sistematizar estos errores, y posteriormente popularizó su uso en la práctica clínica a través de descripciones accesibles. A continuación se presenta una tabla con las **distorsiones cognitivas más frecuentes** en los trastornos de ansiedad y estrés, junto con ejemplos ilustrativos:

Distorsión cognitiva	Descripción breve
Catastrofización	Anticipar el peor desenlace posible exagerando las consecuencias negativas. Se espera una catástrofe, incluso con señales ambiguas. <i>Ej.: "Si noto palpitaciones, seguro tendré un infarto".</i>
Pensamiento polarizado (blanco o negro)	Evaluar las situaciones en extremos absolutos, sin matices intermedios. Todo es éxito total o fracaso absoluto. <i>Ej.: "Si cometo un error, soy un desastre; si no, soy perfecto".</i>
Sobregeneralización	Extraer conclusiones generales a partir de un solo evento o de muy pocas evidencias, usualmente negativas. <i>Ej.: "Me fue mal en esta presentación, nunca seré bueno hablando en público".</i>
Lectura de mente	Suponer que sabemos lo que los demás piensan, usualmente asumiendo que piensan mal de nosotros, sin evidencia suficiente. <i>Ej.: "Noté a mi jefe serio, seguro cree que no soy competente".</i>
Adivinación del futuro	Dar por hecho que ocurrirá un acontecimiento negativo en el futuro, como si fuera una predicción inevitable. <i>Ej.: "Mañana estaré tan ansioso en la reunión que no podré decir palabra".</i>
Minimización de lo positivo y magnificación de lo negativo	Desestimar o quitar importancia a los éxitos, cualidades personales o señales de seguridad, mientras se exageran y destacan los errores o amenazas. <i>Ej.: "Que haya realizado bien las tareas antes no cuenta; el más mínimo fallo ahora será terrible".</i>

Personalización	Asumir responsabilidades excesivas o culpa por eventos externos, o tomar eventos neutros como referidos a uno mismo. <i>Ej.: "La reunión estuvo tensa porque yo estuve muy callado; seguramente arruiné el ambiente".</i>
"Debería" (imperativos)	Rígidamente reglas autoimpuestas sobre cómo "deben" ser las cosas, que llevan a evaluar la realidad como inaceptable si no encaja en esas normas. <i>Ej.: "Debo poder con todo sin pedir ayuda; si no, soy débil".</i>

Dichas alteraciones de la percepción suelen actuar de forma automática junto con los pensamientos negativos, reforzando las interpretaciones ansiógenas. Por ejemplo, la distorsión de catastrofización hace que ante un leve síntoma de ansiedad (p. ej., mareo) la mente genere un pensamiento automático extremo ("me va a dar algo grave"), intensificando el miedo.

Del mismo modo, la lectura de mente puede hacer que en una conversación uno asuma "se están aburriendo de lo que digo", incrementando la incomodidad social y posiblemente llevando a abandonar la interacción. **Es tarea del terapeuta enseñar al paciente a reconocer tales distorsiones** y entender cómo sesgan su pensamiento. Al ponerles "nombre y apellido" a estas trampas mentales, es posible que "tome distancia" y comience a cuestionar la validez de sus interpretaciones.

Ahora bien, la presencia de distorsiones cognitivas no implica falta de inteligencia o racionalidad global en el paciente; más bien, son **sesgos específicos activados bajo emoción intensa** o en áreas sensibles para la persona (p. ej., evaluaciones sociales, rendimiento, salud). Incluso individuos muy lógicos caen en distorsiones cuando están ansiosos o estresados. Por ello, la **psicoeducación sobre distorsiones, acompañada de ejemplos personalizados, suele ser un paso importante**: el paciente aprende que lo que siente como "realidad" en el momento ansioso en verdad es solo una interpretación, sujeta a errores sistemáticos que podemos corregir.

5.2.3. Registro de pensamientos y su análisis

El **registro de pensamientos** (también conocido como registro de pensamientos automáticos o diario de pensamientos) es una herramienta central en la TCC para identificar y analizar cogniciones disfuncionales en situaciones concretas. Su función es ayudar al consultante a **externalizar sus pensamientos, emociones y reacciones** frente a eventos estresantes, permitiendo una evaluación objetiva y estructurada de su experiencia cognitiva (Beck, 2011; Wright et al., 2017).

Este recurso es presentado en formato de tabla y contiene columnas que permiten detallar:

- **Situación:** Descripción breve y objetiva del evento que activó la emoción.
- **Pensamiento automático:** Idea que surgió de forma espontánea.
- **Emoción:** Tipo de emoción sentida y su intensidad subjetiva [por ejemplo, del 0 al 10].
- **Distorsiones cognitivas:** Sesgos presentes en el pensamiento.
- **Evidencia a favor y en contra:** Argumentos que apoyan o refutan el pensamiento.
- **Respuesta alternativa:** Formulación de un pensamiento más realista y adaptativo.
- **Resultado emocional:** Reevaluación de la emoción tras la reestructuración.

El proceso permite adquirir **habilidades de autorreflexión y análisis cognitivo**. En lugar de dejarse llevar por la emoción del momento, el consultante aprende a descomponer su experiencia en partes comprensibles y modificables (Leahy, 2017).

A continuación, presentaremos un ejemplo clínico aplicado a una situación de ansiedad laboral:

Situación: Reunión de equipo donde el paciente debe presentar el avance de su proyecto.	
Pensamiento automático	“Me voy a trabar al hablar y todos notarán que estoy nervioso. Van a pensar que no sé lo que hago.”
Emoción (0–10)	Ansiedad: 8/10; Vergüenza anticipada: 7/10
Distorsiones	Lectura de mente, catastrofización
Evidencia a favor	Una vez me puse nervioso y perdí el hilo.
Evidencia en contra	En otras presentaciones pude hablar con claridad; nunca recibí críticas negativas, y mis ideas generaron interés.
Respuesta alternativa	“Es normal estar nervioso, pero estoy preparado. Si me trabo, puedo continuar. La gente suele valorar el contenido más que la forma.”
Resultado emocional	Ansiedad reducida a 4/10; vergüenza anticipada a 3/10. Mayor confianza en afrontar la situación.

En las primeras etapas del tratamiento, el presente ejercicio se realiza en conjunto con el terapeuta durante la sesión. **Es, justamente, el psicólogo, el que guía al paciente mediante preguntas estructuradas como:**

- “¿Qué evidencia tenés de que ese pensamiento es cierto?”
- “¿Cómo podrías ver esto desde otra perspectiva?”
- “¿Qué le dirías a un amigo que pensara lo mismo?”

Con el tiempo, aprende a aplicar el proceso por sí mismo. A medida que desarrolla esta habilidad, el registro puede volverse más ágil, incluso mental, sin necesidad de anotarlo cada vez. Sin embargo, **se recomienda seguir usándolo por escrito cuando se trabajen temas nuevos o especialmente sensibles**, ya que proporciona mayor claridad y permite revisar el progreso.

Desde el punto de vista clínico, el registro de pensamientos permite pasar de la rumiación difusa a un análisis racional. Ayuda a construir una cadena clara: **evento → pensamiento → emoción → reestructuración**, fortaleciendo la percepción de control y autoeficacia. Inclusive, en muchos casos, los pacientes reportan que el solo hecho de escribir sus pensamientos ya produce una reducción en la intensidad emocional.

5.2.4. Cómo identificar distorsiones cognitivas en el diálogo interno

Comprender qué son las distorsiones cognitivas es solo la primera parte. Para que el proceso de reestructuración resulte efectivo, es fundamental que el paciente aprenda a **detectar estos sesgos mientras ocurren o inmediatamente después** de una situación emocionalmente significativa. Esta habilidad se desarrolla progresivamente a través de la práctica, la psicoeducación y el monitoreo guiado por el terapeuta. A continuación, se describen algunos recursos que facilitan el proceso de observación y reconocimiento.

5.2.4.1. Psicoeducación y monitoreo retrospectivo

En las primeras etapas del tratamiento, el reconocimiento de distorsiones suele darse de manera retrospectiva. El terapeuta **puede brindar material psicoeducativo con descripciones y ejemplos de distorsiones comunes**, que luego serán utilizadas por el paciente para analizar situaciones recientes en las que experimentó malestar emocional [Beck, 2011; Wright et al., 2017].

Además, se suele pedir al consultante que registre sus pensamientos ante ciertas situaciones y ensaye la identificación de posibles distorsiones, con el objetivo de **familiarizarse con los patrones típicos de su diálogo interno**. Es una buena idea el realizarla en conjunto durante la sesión, reforzando aciertos y ajustando errores interpretativos.

5.2.4.2. Detección de señales lingüísticas

Asimismo, una vía eficaz para identificar distorsiones es prestar atención a las **formas que adoptan los pensamientos**. Determinadas expresiones o estructuras del lenguaje interno indican, muchas veces, la presencia de un sesgo cognitivo [Leahy, 2017]. Por ejemplo:

- Palabras como “siempre”, “nunca”, “todo”, “nada” podrían señalar pensamiento polarizado.
- Frases del tipo “seguro piensan que...” pueden reflejar lectura de mente.

- Expresiones como “va a salir mal” suelen anticipar catástrofes sin evidencia.
- Juicios como “soy un inútil” implican etiquetas globales o autodescalificación.
- El uso reiterado de “debería” o “tengo que” puede mostrar exigencias rígidas.

5.2.4.3. Estrategias de distanciamiento inicial

En algunos casos, cuando el pensamiento disfuncional genera un malestar significativo, **es útil el aplicar recursos sencillos para tomar distancia y observarlos con mayor claridad**. Estas estrategias permiten desacoplarse momentáneamente del contenido emocional, lo que favorece la observación posterior. Sin embargo, aclaramos que, si bien no constituyen aún una reestructuración formal del pensamiento, “preparan el terreno” para las intervenciones que se abordarán en el apartado 5.3. [Beck y Haigh, 2014].

Algunas estrategias de distanciamiento inicial podrían ser:

- Imaginar que el pensamiento lo expresa otra persona.
- Escribir el pensamiento para observarlo “desde fuera”.
- Leerlo en voz alta y preguntarse cómo sonaría si lo dijera un amigo.

5.2.4.4. Observación del diálogo interno

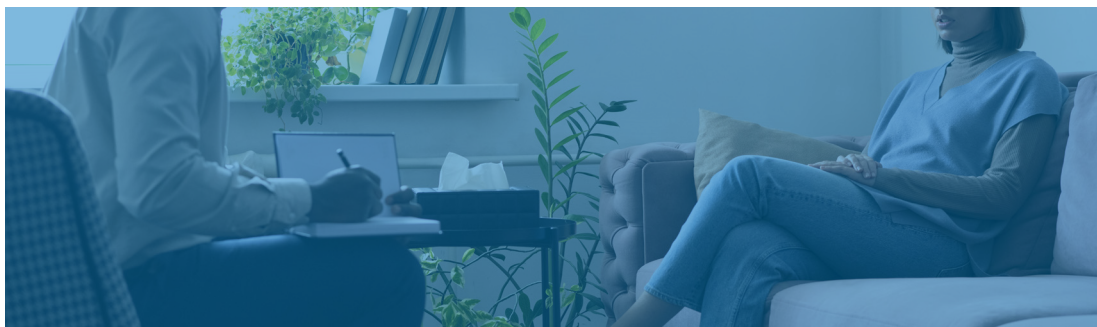
A medida que el consultante avanza en el proceso de identificación, puede entrenarse para **monitorear su diálogo interno en tiempo real**, especialmente en momentos donde aparece una emoción intensa. El objetivo es registrar frases recurrentes, palabras clave o juicios automáticos que activen malestar, sin intentar modificarlos aún.

Este ejercicio requiere práctica y paciencia. El rol del terapeuta consiste en guiar esta exploración con preguntas, **ayudar a clarificar el contenido y diferenciar pensamiento, emoción y hechos**. La posibilidad de reconocer que el pensamiento no equivale a la realidad es un paso esencial hacia el cambio cognitivo.

5.2.4.5. Desarrollo progresivo de conciencia metacognitiva

Con el tiempo, muchos pacientes comienzan a identificar patrones de pensamiento de forma más automática. Desarrollan una especie de “voz interna entrenada” que alerta sobre posibles distorsiones y les permite detenerse brevemente antes de reaccionar.

Este tipo de conciencia, conocida como metacognición, representa un indicador de progreso terapéutico. No implica que el pensamiento haya sido aún modificado, **pero sí que ha sido detectado y objetivado**, lo cual constituye una condición necesaria para su posterior intervención.



5.3. Técnicas de reestructuración cognitiva

Una vez identificados los pensamientos disfuncionales y comprendidas las creencias que los sostienen, el siguiente paso es intervenir activamente para modificarlos. Proceso que se realiza a través de la reestructuración cognitiva. Como ya se comentó, **permite disminuir la intensidad emocional asociada a dichas cogniciones y generar nuevas interpretaciones más funcionales.**

Dicho lo anterior, existen diferentes técnicas para realizarla, pudiendo aplicarse de manera combinada o progresiva, dependiendo del estilo del consultante, su disposición al cambio y el momento del tratamiento. En particular, nuestra recomendación es comenzar con herramientas más estructuradas, para luego avanzar hacia un uso más flexible y autónomo.

5.3.1. Diálogo socrático

Esta técnica, inspirada en el método mayéutico de Sócrates, consiste en **formular preguntas abiertas, específicas y reflexivas para que el paciente cuestione por sí mismo la validez de sus pensamientos.** Su valor clínico radica en que el cambio cognitivo no proviene de una indicación directa del terapeuta, sino del descubrimiento guiado.

Dichas preguntas no solo abren el espacio para otras perspectivas, sino que **favorecen la metacognición: la capacidad de pensar sobre el propio pensamiento.** Además, es importante aplicar esta técnica en un momento en que el paciente se encuentre relativamente regulado emocionalmente, ya que requiere cierto grado de reflexión y distancia de la emoción intensa [Beck, 2011].

Ejemplo: “Me equivoqué en la presentación. Todos deben pensar que soy un incompetente.” Preguntas: “¿Todos? ¿O algunas personas?”, “¿Hay otras veces en que te haya ido bien?”, “¿Qué te hace creer que eso es lo que piensan los demás?”

Tarea sugerida: Registrar un pensamiento negativo durante la semana y responderlo usando tres preguntas socráticas por escrito. En la sesión siguiente, revisar el cambio en la emoción asociada.

5.3.2. Experimentos conductuales para desafiar creencias

A diferencia del diálogo socrático, que se apoya en el análisis verbal, **los experimentos conductuales buscan comprobar las creencias disfuncionales en la experiencia concreta del consultante.** Se basan en el principio de que la evidencia vivida suele tener un mayor impacto que la argumentación lógica [Bennett-Levy et al., 2004].

Para implementarlos, primero se identifica una creencia problemática, que luego se traduce en una predicción concreta. Sobre esa base, se diseña una situación realista que permita poner a prueba dicha predicción. Posteriormente, se observan los resultados y se extraen conclusiones junto al terapeuta.

Ejemplo: Creencia: “Si hablo con un desconocido, se va a notar que estoy nervioso y me va a rechazar.” Predicción: “Voy a parecer raro y me van a ignorar.” Experimento: hacer un pequeño comentario en la fila del supermercado y anotar qué ocurre. Resultado: la otra persona respondió amablemente, sin notar nada extraño.

Este tipo de tareas debe ser planificado con cuidado, comenzando por desafíos graduales. El terapeuta actúa como guía y regulador del nivel de exposición. Además de refutar creencias, estos ejercicios suelen aumentar la autoeficacia y la tolerancia a la incertidumbre [Clark y Beck, 2010].

5.3.3. Técnicas de sustitución de pensamientos

Las técnicas de sustitución tienen como objetivo ofrecer al paciente pensamientos alternativos que sean más equilibrados, compasivos y funcionales. **No se trata de imponer frases positivas vacías, sino de construir enunciados creíbles que sirvan como anclas cognitivas cuando surjan ideas distorsionadas.** Pueden aplicarse de forma escrita, verbal o visual, y muchas veces se basan en ideas trabajadas previamente en sesión. Algunas formas comunes incluyen:

- **Afirmaciones racionales:** Se redactan frases que contrarresten pensamientos automáticos recurrentes. Ej.: “Estoy haciendo lo mejor que puedo con las herramientas que tengo.”
- **Ensayos encubiertos:** Se visualiza mentalmente una situación ansiógena, anticipando la aparición del pensamiento negativo, pero practicando internamente una respuesta alternativa. Es una forma de entrenamiento cognitivo preventivo.
- **Humor o “absurdificación”:** Consiste en exagerar deliberadamente el pensamiento negativo hasta volverlo absurdo. Por ejemplo: “Si me equivoco en la reunión, me van a echar, perderé todo y terminaré viviendo en una cueva con osos.” En ciertos perfiles, esta técnica ayuda a desactivar la carga emocional del pensamiento.

Ejemplo: Pensamiento: “Voy a fracasar, todo va a salir mal.” Sustitución: “Estoy ansioso, pero eso no significa que no pueda hacerlo bien. Me he preparado”.

5.3.4. Técnicas breves para desafiar pensamientos disfuncionales

Lamentablemente, no siempre se dispone de tiempo o espacio para aplicar reestructuraciones extensas. Por eso, se enseñan también técnicas breves, que funcionan como “primeros auxilios cognitivos” y tienen como propósito interrumpir o modular la cadena de pensamientos antes de que se intensifique.

Técnica	Cuándo aplicarla	Efecto buscado
Pregunta del amigo	Pensamientos autocríticos	Activar autocompasión y perspectiva

Contraevidencia rápida	Generalizaciones negativas	Recuperar objetividad
Técnica del “¿y qué?”	Catastrofismo	Desdramatizar consecuencias
Reencuadre inmediato	Malestar por emociones o errores	Dar otro sentido a la experiencia

Ejemplo: Pensamiento: “Estoy muy nervioso. Seguro voy a arruinarlo.” Reencuadre: “Estoy nervioso porque esto me importa. Esa energía puedo usarla para concentrarme mejor.”

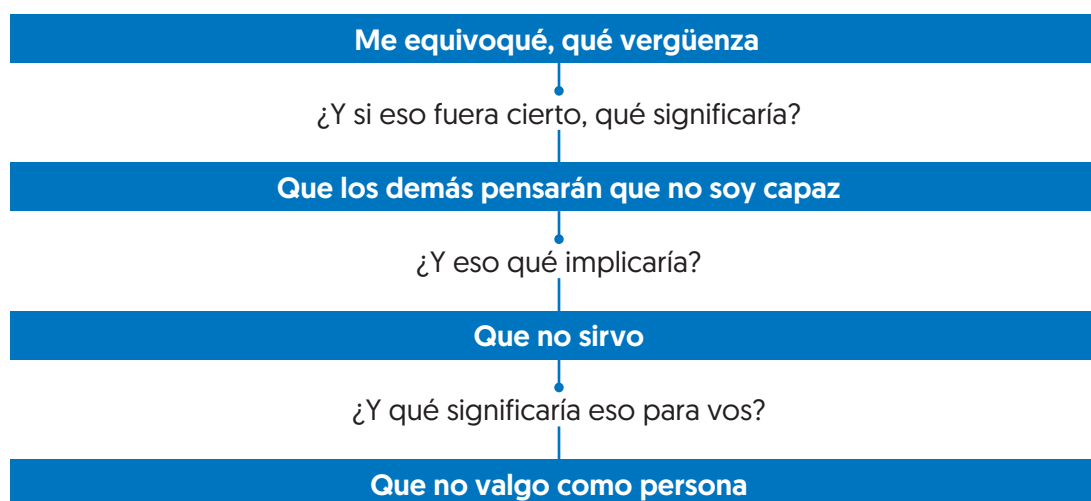
Las mencionadas estrategias se practican primeramente en sesión, para luego ser utilizadas de forma autónoma. También se puede invitar al paciente a llevar anotaciones o recordatorios visuales que le faciliten su aplicación [por ejemplo, un post-it con la pregunta “¿Qué le dirías a un amigo?”].

5.3.5. Técnica de la flecha descendente

Muchas veces, los PAN no son el verdadero problema, sino “la punta del iceberg”. Detrás de ellos suele haber creencias centrales más profundas y dolorosas, como “no valgo nada”, “si no soy perfecto, no merezco ser querido” o “mostrar debilidad es inaceptable”.

La técnica de la flecha descendente permite acceder a esas creencias raíz a través de una cadena de preguntas del tipo “¿y si eso fuera cierto, qué significaría para vos?”. Se parte de un pensamiento automático y se explora su significado implícito, avanzando hasta llegar a la conclusión central.

Ejemplo: Técnica de flecha descendente



La presente estrategia debe aplicarse con delicadeza, ya que es capaz de desencadenar emociones intensas o recuerdos tempranos. **Es importante que el paciente se sienta contenido y seguro durante la exploración.** Una vez identificada la creencia central, se puede trabajar sobre ella utilizando otras herramientas, como reestructuración, evidencia contraria o estrategias más experienciales.

5.4. Errores comunes en la reestructuración cognitiva

Si bien la reestructuración cognitiva es una herramienta que ha comprobado su eficacia y versatilidad, su aplicación no está exenta de obstáculos. En la práctica clínica, **es frecuente encontrar ciertas dificultades o errores que limitan su impacto si no son reconocidos a tiempo.** A continuación, describiremos algunos de los más relevantes, junto con recomendaciones para abordarlos.

5.4.1. Aplicar las técnicas de forma mecánica

Uno de los más comunes es utilizar las herramientas de reestructuración como una “receta” sin adaptar su uso al estilo, necesidades o momento emocional del consultante. Por ejemplo, el formular preguntas socráticas de manera rígida o forzada, genera, muchas veces, resistencia o desconexión emocional.

Recomendación: Mantener un tono colaborativo y empático, ajustando el nivel de análisis a la capacidad reflexiva del paciente en ese momento [Beck, 2011].

5.4.2. Intentar modificar el pensamiento sin validación emocional

Intentar desafiar un pensamiento negativo sin primero validar la emoción que lo acompaña puede hacer que el paciente se sienta incomprendido o juzgado. Ante una frase como “soy un fracaso”, intervenir de inmediato con “eso no es verdad” resulta contraproducente.

Recomendación: Antes de intervenir, reconocer el malestar (“entiendo que eso te genera mucho sufrimiento”) y luego invitar a revisar alternativas desde la curiosidad y la compasión [Leahy, 2017].

5.4.3. Sustituir pensamientos por frases poco creíbles

Proponer afirmaciones optimistas sin base en la experiencia del paciente suele generar rechazo. El riesgo está en crear una sensación de superficialidad, donde el pensamiento alternativo se percibe como irreal o impuesto.

Recomendación: Construir frases alternativas a partir de evidencia concreta del propio paciente, con un lenguaje que le resulte genuino y propio [Beck y Haigh, 2014].

5.4.4. Aplicar técnicas cuando la activación emocional es muy alta

Cuando el consultante está en una crisis emocional intensa (por ejemplo, un ataque de pánico), aplicar reestructuración cognitiva es ineficaz, e incluso capaz de intensificar el malestar.

Recomendación: En estos casos, priorizar técnicas de regulación emocional o “grounding”. La reestructuración se retomará cuando haya mayor estabilidad fisiológica y cognitiva [Clark y Beck, 2010].

5.4.5. No abordar creencias subyacentes

Limitar el trabajo cognitivo a pensamientos automáticos sin explorar las creencias centrales genera mejoras temporales, pero difícilmente sostenibles en un largo plazo. Como explicamos al principio, las creencias profundas, si no se abordan, tienden a reproducir nuevos pensamientos disfuncionales.

Recomendación: Utilizar herramientas como la técnica de la flecha descendente para identificar creencias núcleo y trabajar sobre ellas en fases más avanzadas del tratamiento.

Resumen del Módulo V

- En este módulo trabajamos una de las técnicas centrales de la TCC: la reestructuración cognitiva, orientada a identificar, cuestionar y modificar los pensamientos disfuncionales que sostienen el malestar.
- Abordamos los pasos necesarios para aplicar esta técnica de forma sistemática, comenzando por la identificación de pensamientos automáticos negativos, creencias centrales y distorsiones cognitivas.
- Se brindaron herramientas clínicas para el análisis del diálogo interno, incluyendo estrategias de monitoreo retrospectivo, detección de señales lingüísticas y desarrollo de conciencia metacognitiva.
- Exploramos distintas técnicas de intervención, como el diálogo socrático, los experimentos conductuales, la técnica de la flecha descendente y procedimientos breves para desafiar cogniciones desadaptativas.
- Reflexionamos también sobre los errores comunes en la aplicación de estas estrategias, como el uso mecánico de técnicas, la falta de validación emocional o la sustitución apresurada de pensamientos sin elaboración previa.
- Este módulo permitió integrar componentes cognitivos y emocionales en la intervención, habilitando un trabajo terapéutico más profundo y personalizado. En el próximo módulo, nos enfocaremos en el abordaje directo de los miedos a través de la técnica de exposición.

MÓDULO VI

Exposición y afrontamiento del miedo

6.1. Introducción al Módulo VI

A lo largo del curso se han abordado los fundamentos cognitivos, emocionales y fisiológicos implicados en los cuadros de ansiedad y estrés, así como diversas estrategias para su manejo. **En el módulo actual, se introduce uno de los pilares del enfoque cognitivo-conductual: la exposición.**

La mencionada técnica, respaldada por una amplia base empírica, **consiste en enfrentar de forma gradual y repetida los estímulos temidos**, ya sean externos, internos o interoceptivos, con el objetivo de reducir la respuesta ansiosa y promover un aprendizaje correctivo. De este modo, se reemplazan asociaciones previamente dominadas por el miedo y la evitación por nuevas respuestas más adaptativas.

Las siguientes líneas tienen por objetivo brindar herramientas prácticas para planificar, aplicar y evaluar exposiciones terapéuticas efectivas, atendiendo siempre al ritmo, los límites y la experiencia subjetiva del consultante. **Asimismo, se revisarán los principios teóricos que sustentan esta técnica y se ofrecerán recursos para fortalecer la autoeficacia, y promover una vida más autónoma.**

6.2. Principios de la exposición en ansiedad y estrés

La exposición constituye uno de los procedimientos más efectivos dentro del tratamiento cognitivo-conductual para los trastornos de ansiedad. **Consiste en enfrentar de manera repetida y controlada aquellos estímulos, situaciones o sensaciones que generan temor, sin que se confirme el resultado catastrófico anticipado.** Por ejemplo, quien teme hablar en público, al practicarlo sin que ocurra la humillación temida, reduciría así su ansiedad a lo largo del tiempo. En cuanto a la eficacia, ha sido confirmada por numerosos estudios y metaanálisis que muestran una reducción significativa en los síntomas de ansiedad tras intervenciones basadas en exposición [Carpenter et al., 2018].

Sin embargo, entre un 10 % y un 30 % de los consultantes pueden no responder completamente al tratamiento o experimentar una reaparición del miedo con el tiempo. Esto ha llevado a una mayor atención sobre los mecanismos implicados en el cambio terapéutico [Lorimer et al., 2020].

Actualmente, se reconocen al menos cuatro modelos teóricos que explican el funcionamiento de la exposición: habituación, extinción del miedo, procesamiento emocional y aprendizaje inhibitorio. **Cada uno de estos modelos describe un mecanismo distinto a través del cual la exposición produce una disminución del temor y fortalecimiento de nuevas respuestas adaptativas.** Comprenderlos es esencial para diseñar intervenciones más eficaces y ajustadas a las necesidades individuales.

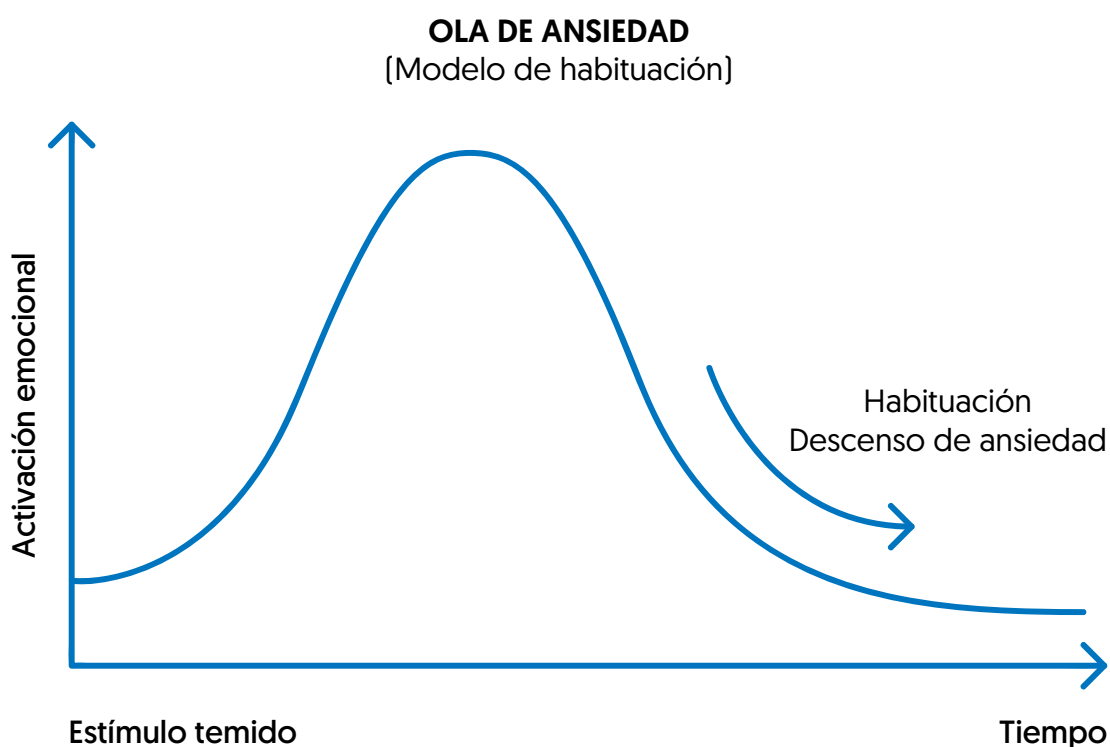
6.2.1. Habituaación y reducción de la ansiedad

El modelo de habituación ha sido uno de los primeros intentos por explicar la eficacia de la exposición. **Se basa en la premisa de que la ansiedad disminuye gradualmente cuando el individuo permanece de forma continuada ante el estímulo temido**, sin evitarlo ni interrumpir la experiencia (Foa y Kozak, 1986).

Esta adaptación progresiva del sistema de alarma se observa tanto dentro de una misma sesión [habituaación intra-sesión] como entre sesiones consecutivas [habituaación inter-sesión]. **Con la repetición, la respuesta emocional se atenúa, y la persona aprende que el miedo no permanece indefinidamente ni requiere conductas de escape para desaparecer.**

Un ejemplo comúnmente utilizado es la metáfora de “surfear la ola de ansiedad”: la activación emocional crece hasta un punto máximo y, si no se evita la situación, inevitablemente desciende. **Permanecer en el estímulo hasta que la ansiedad baje demuestra al consultante que puede tolerar el malestar, fortaleciendo su autoeficacia.**

Este modelo también fundamenta la técnica de exposición gradual, donde las situaciones se jerarquizan por nivel de amenaza para facilitar la habituación paso a paso. **Sin embargo, se ha señalado que la habituación no implica un cambio en las creencias temidas**, sino solo en la reactividad fisiológica o emocional al estímulo (Vervliet et al., 2008).



6.2.2. Extinción del miedo

La extinción del miedo es un principio derivado del condicionamiento clásico, clave en la conceptualización conductual de la exposición. **Se produce cuando el estímulo condicionado (EC), que previamente anticipaba un evento aversivo, se presenta de forma repetida sin que ocurra la consecuencia temida (EI).** Esto debilita la respuesta de miedo condicionada (RC) [Bouton, 2002].

Por ejemplo, si una persona fue mordida por un perro y luego evita todos los perros, su miedo se mantiene. Pero si comienza a exponerse a perros sin que ocurra una nueva mordida, la asociación “perro = peligro” empieza a romperse. **Este aprendizaje correctivo reduce gradualmente la intensidad de la respuesta de miedo,** especialmente si las exposiciones son múltiples y variadas.

No obstante, la investigación ha demostrado que la extinción no elimina la memoria original del miedo, sino que genera un nuevo aprendizaje que compite con ella. **Por esta razón, pueden producirse recaídas si el contexto cambia o si transcurre un largo periodo sin exposición,** fenómeno conocido como renovación, recuperación espontánea o reinstauración [Vervliet et al., 2013].

Lo anterior, ha llevado a replantear la extinción no como un “borrado” del miedo, sino como un proceso de aprendizaje inhibitorio que añade nuevas asociaciones de seguridad a las existentes; **marco fundamental para entender la importancia de repetir la exposición en distintos contextos y mantener la práctica en el tiempo.**

6.2.3. Teoría del procesamiento emocional

La teoría del procesamiento emocional, propuesta por Foa y Kozak [1986], sostiene que el miedo patológico se almacena en la memoria como una estructura específica que **contiene información sobre estímulos, respuestas emocionales y significados amenazantes,** los cuales se activan automáticamente ante determinadas situaciones.

Por ejemplo, en alguien con fobia social, la estructura podría vincular “hablar en público” con “palpitaciones” y con la idea de “ser juzgado y rechazado”. En ese contexto, **la exposición funciona cuando logra activar plenamente esta red de memoria temerosa y proporciona información contradictoria** (que nadie se burle, o que el malestar sea tolerable) que desafía las expectativas de amenaza.

El proceso de cambio implica que esa nueva información correctiva se integre a la memoria y dé lugar a una estructura de seguridad que compita con la anterior. **Para lograrlo, Foa y Kozak establecieron tres condiciones esenciales: activación del miedo, habituación dentro de la sesión, y habituación entre sesiones.**

Este modelo influyó decisivamente en la práctica clínica durante décadas, guiando a terapeutas a diseñar exposiciones suficientemente intensas y sostenidas. **Sin embargo, estudios posteriores mostraron que no siempre es necesario que la ansiedad disminuya significativamente dentro de cada sesión para que ocurra un cambio terapéutico,** lo que motivó el desarrollo de modelos alternativos como el aprendizaje inhibitorio.

6.2.4. Modelo de aprendizaje inhibitorio

El modelo de aprendizaje inhibitorio propone que la exposición no busca eliminar por completo la respuesta de miedo, sino generar nuevas asociaciones de seguridad que inhiban las previas [Vervliet et al., 2008]. **En lugar de centrarse en la reducción inmediata de la ansiedad, el objetivo es que el consultante aprenda que sus predicciones catastróficas no se cumplen.**

Así, está basado en hallazgos experimentales que demuestran que, tras la exposición, coexisten dos asociaciones en la memoria: una antigua que vincula el estímulo con peligro, y otra nueva que lo vincula con seguridad o neutralidad (Bouton, 2002). **El éxito terapéutico dependerá entonces de cuál de estas asociaciones se active en cada situación futura.**

Para fortalecer el aprendizaje inhibitorio, se diseñan exposiciones que atenten explícitamente contra las expectativas del consultante. **Por ejemplo, si alguien teme ser ridiculizado por tartamudear, se lo invita a exponerse a ese riesgo para comprobar que la reacción social suele ser indiferente o empática.**

Además, también promueve eliminar conductas de seguridad (como evitar mirar a los demás o llevar objetos “calmantes”) y variar los contextos de exposición. **La finalidad es que el nuevo aprendizaje se generalice y no quede limitado a condiciones específicas.**

A diferencia del enfoque centrado en la habituación, el aprendizaje inhibitorio no exige una disminución del malestar durante la exposición. **Lo esencial es que el consultante adquiera información nueva y correctiva sobre el estímulo temido, lo que refuerza su autoeficacia y reduce la necesidad de evitar.**

6.2.5. Fundamentos teóricos y modalidades de exposición

Los modelos explicativos presentados —habituación, extinción del miedo, procesamiento emocional y aprendizaje inhibitorio— no son teorías abstractas, sino principios que orientan la implementación concreta de la exposición. **Comprenderlos permite elegir la modalidad más adecuada según el perfil del consultante**, así como ajustar las características del ejercicio para maximizar su eficacia terapéutica.

En efecto, la exposición no es una técnica única, sino una familia de intervenciones que comparten un objetivo central: **favorecer el afrontamiento progresivo y la incorporación de respuestas más funcionales frente a los estímulos que desencadenan ansiedad** [Foa y Rothbaum, 1998].



6.2.5.1. Exposición en vivo

En primer lugar, la exposición en vivo consiste en enfrentar situaciones reales que provocan ansiedad: hablar en público, usar transporte, tocar objetos que se perciben como contaminados o permanecer en espacios cerrados. **Este tipo de exposición permite desafiar creencias disfuncionales de forma directa y constatar que las consecuencias temidas no ocurren.** Además, facilita la habituación progresiva y la formación de nuevas asociaciones de seguridad [Clark y Beck, 2010].

Por ejemplo, una persona con fobia social puede asistir a un evento y observar que su ansiedad disminuye sin necesidad de escapar, o que, incluso si tartamudea, no es juzgada como temía.

6.2.5.2. Exposición imaginaria

Por otra parte, la exposición imaginaria se utiliza cuando el estímulo temido no puede reproducirse fácilmente o cuando la ansiedad es tan intensa que impide el abordaje directo. **Consiste en que el consultante evoque de forma vívida la situación temida, incluyendo estímulos sensoriales, pensamientos y emociones,** activando la estructura de miedo y permitiendo una nueva elaboración [Foa y Kozak, 1986; Foa y Rothbaum, 1998].

La presente modalidad es útil en el tratamiento de traumas, ansiedad anticipatoria, fobias específicas o pensamientos intrusivos. **También puede utilizarse como fase previa a la exposición en vivo, preparando al consultante para el contacto real con el estímulo.**

6.2.5.3. Exposición interoceptiva

En tercer lugar, la modalidad interoceptiva está dirigida a sensaciones corporales que generan temor, como palpitaciones, mareos, sensación de falta de aire o temblores. **Consiste en inducir voluntariamente estos síntomas para que el consultante se habitúe a ellos y compruebe que no son peligrosos,** desmontando así las asociaciones entre sensaciones internas y amenaza.

Por ejemplo, se puede pedir al consultante que gire sobre sí mismo para provocar mareo, o que hiperventile para inducir sensación de aturdimiento. **A medida que experimenta las sensaciones sin consecuencias negativas, disminuye la ansiedad anticipatoria y se fortalece la tolerancia al malestar físico.**

Ahora, cabe señalar que, dentro de la práctica clínica, estas modalidades rara vez se aplican por separado. **Suele combinarse la exposición en vivo, imaginaria e interoceptiva, de acuerdo con el perfil clínico y los objetivos terapéuticos de cada consultante.** Por ejemplo, en agorafobia se pueden trabajar simultáneamente lugares concurridos, anticipaciones mentales de desmayo y síntomas corporales temidos. Lo fundamental es que las exposiciones se realicen de manera repetida, suficientemente prolongada, sin conductas de escape ni distracción. Solo así se activarán los mecanismos teóricos que sostienen el cambio y se consolidan aprendizajes inhibitorios duraderos [Vervliet et al., 2008].

Como última aclaración, recalcamos: la exposición debe ser siempre cuidadosamente evaluada y contextualizada. No se recomienda en casos de riesgo de descompensación médica, presencia activa de trauma severo no elaborado o ante conductas autolesivas sin contención adecuada. El juicio clínico es esencial para evitar una exposición prematura o contraproducente.

6.3. Planificación y ejecución de la exposición

La efectividad de una exposición no depende únicamente de su realización, sino también de su correcta planificación. **Una intervención mal diseñada puede reforzar la evitación o aumentar el malestar, mientras que una exposición bien estructurada produce cambios terapéuticos profundos y duraderos.**

Antes de comenzar, es imprescindible **evaluar el punto de partida del consultante**: sus miedos específicos, las conductas de escape que utiliza y sus creencias sobre el peligro asociado. El terapeuta debe tener claridad sobre los objetivos del tratamiento y adaptar la intervención a las características del trastorno, el contexto y los recursos emocionales disponibles.

A continuación, describiremos uno por uno los componentes clave del proceso: cómo construir una jerarquía de exposición, cómo utilizar recursos tecnológicos como la realidad virtual, y cómo prevenir obstáculos frecuentes como la evitación encubierta o la desmotivación.

6.3.1. Jerarquía de exposición

Una jerarquía de exposición es una herramienta central en el diseño del tratamiento. Permite organizar los estímulos temidos según el nivel de ansiedad que generan, para abordarlos de forma progresiva y controlada. **Su uso se basa en los principios de habituación y procesamiento emocional, asegurando que el consultante no se vea desbordado desde el inicio del trabajo** [Foa y Kozak, 1986].

El primer paso es identificar con precisión qué se teme: situaciones, pensamientos, sensaciones físicas o imágenes. A partir de allí, se estima la intensidad subjetiva del miedo anticipado para cada ítem. **La clasificación suele realizarse mediante la Escala de Unidades Subjetivas de Angustia (Subjective Units of Distress Scale, SUDS, en inglés), que va del 0 al 100.**

Una vez obtenida la lista de estímulos, se ordenan de menor a mayor según el puntaje asignado. Esto permite avanzar paso a paso en el proceso de exposición, comenzando por ítems que generan ansiedad leve o moderada y aumentando gradualmente la dificultad.

Para favorecer el compromiso, es útil acordar con el consultante ciertos criterios de avance. Por ejemplo, se puede pasar al siguiente ítem cuando haya una reducción sostenida del 50 % de la ansiedad en tres ensayos consecutivos. Llevar un registro del progreso brinda la posibilidad de objetivar los cambios y fortalecer la motivación. A continuación, **se presentan algunos ejemplos clínicos que ilustran cómo puede aplicarse este recurso en diferentes trastornos de ansiedad:**

- **Fobia social:** Desde grabarse un mensaje de voz [SUDS 30], hasta hablar en una reunión profesional [SUDS 90].
- **Trastorno de pánico con agorafobia:** Desde salir solo al almacén de la esquina [SUDS 40], hasta viajar en transporte público sin compañía [SUDS 90].
- **Ansiedad generalizada:** Desde dejar un correo sin responder de inmediato [SUDS 50], hasta delegar una tarea importante sin supervisión [SUDS 85].

El diseño de la jerarquía debe ser flexible, adaptado al consultante, y revisado a lo largo del proceso, siendo fundamental fomentar una actitud exploratoria, en la que el error no se interprete como fracaso, sino como parte natural del aprendizaje.

6.3.2. Uso de la realidad virtual y otros recursos

El avance tecnológico ha ampliado las herramientas disponibles para implementar estrategias de exposición, siendo la realidad virtual (RV) una de las más prometedoras. **Al recrear situaciones temidas en un entorno digital controlado, facilita el afrontamiento gradual de estímulos difíciles de reproducir en la vida real** [Freeman et al., 2017].

En ese sentido, la RV resulta especialmente útil cuando las situaciones ansiógenas son inaccesibles, peligrosas o generan una reacción tan intensa que impide la exposición directa desde el inicio. Además, ofrece la posibilidad de personalizar escenarios, controlar variables y ajustar la dificultad progresivamente según el perfil del consultante. **Entre sus ventajas clínicas destacan:**

- Permitir prácticas frecuentes en un entorno seguro y controlado.
- Reducir la resistencia inicial al tratamiento al percibirse como menos amenazante.
- Favorecer la generalización de los aprendizajes cuando se combina con exposiciones en vivo.
- Brindar una alternativa válida para personas con movilidad reducida o en contextos logísticos complejos.

Sin embargo, **no reemplaza la exposición en entornos reales**, especialmente cuando el objetivo es lograr una transferencia plena del aprendizaje. Además, su uso requiere equipamiento específico, software especializado y profesionales capacitados para integrar esta herramienta en un proceso terapéutico estructurado.

Un ejemplo frecuente es el tratamiento de la fobia a hablar en público. Mediante RV, el consultante puede practicar frente a una audiencia virtual cuya cantidad, expresiones y reacciones se ajustan según la dificultad deseada. **Esto permite una exposición escalonada que activa la ansiedad de forma realista y facilita el procesamiento emocional en condiciones seguras.**

Adicionalmente, existen otros recursos complementarios capaces de potenciar el trabajo de exposición, especialmente fuera de sesión:

- **Aplicaciones móviles** para el monitoreo del miedo, el registro de avances o la entrega de tareas.
- **Audios o videos guiados** para exposiciones imaginarias grabadas que el consultante pueda repetir en casa.
- **Plataformas de teleterapia** que incorporan funciones interactivas (encuestas SUDS en vivo, tareas online, evaluaciones automáticas, etc.).

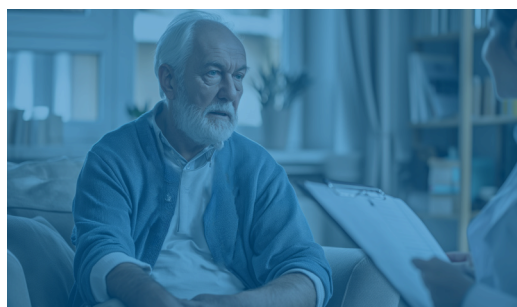
Aclaremos: **No reemplazan la presencia del terapeuta ni el trabajo emocional profundo, pero muchas veces aumentan la adherencia y fortalecen la autonomía del consultante.** Lo anterior es sumamente útil, ya que facilita el acceso a nuevas experiencias de afrontamiento.

6.3.3. ¿Cómo se estructura una sesión de exposición?

La exposición no consiste únicamente en enfrentar lo temido: requiere de una estructura clara que brinde seguridad al consultante y permita el aprendizaje emocional y cognitivo. A continuación, **se describen los pasos principales para guiar una sesión de exposición en el contexto clínico:**

- 1. Revisión inicial del estado emocional y tareas previas:** Se explora cómo se siente el consultante al comenzar la sesión y se revisa si ha realizado exposiciones entre sesiones. Esto permite detectar avances, barreras y reforzar el compromiso terapéutico.
- 2. Definición conjunta del objetivo de la sesión:** Debe acordarse qué estímulo de la jerarquía se va a trabajar y cuál es el propósito de la exposición. Así, se recuerda al consultante la lógica de la tarea para fomentar su motivación y participación activa.
- 3. Estimación del nivel de ansiedad inicial:** Solicitamos al consultante que indique su nivel de ansiedad anticipada utilizando la escala SUDS, de 0 a 100. Este dato servirá como referencia comparativa.
- 4. Ejecución del ejercicio de exposición:** El consultante se enfrenta al estímulo temido de forma sostenida, sin escapar ni recurrir a conductas de seguridad. El terapeuta puede acompañar, observar o guiar verbalmente según el caso.
- 5. Permanencia en la situación ansiógena:** Se procura que el consultante permanezca en la situación el tiempo suficiente para experimentar una desconfirmación de sus expectativas o una reducción progresiva del malestar.
- 6. Monitoreo del nivel de ansiedad:** Durante o al final del ejercicio, solicitamos al consultante que registre nuevamente su nivel de ansiedad (SUDS), lo que permite observar la evolución emocional y fomentar la reflexión sobre lo vivido.
- 7. Reflexión y procesamiento de la experiencia:** Analizamos en conjunto los aprendizajes obtenidos. ¿Qué creía que iba a ocurrir? ¿Qué ocurrió en realidad? ¿Qué descubrió sobre su ansiedad y su capacidad de afrontamiento?
- 8. Asignación de tareas para casa:** Se realiza un acuerdo de si se continuará con el mismo ítem o si se avanzará al siguiente. El consultante puede repetir la exposición fuera de sesión, registrar sus experiencias o anticipar obstáculos.
- 9. Validación y cierre:** En último lugar, no debemos olvidar el reconocer el esfuerzo del consultante, validando cualquier emoción emergente. Lo anterior es particularmente importante, puesto que fortalece el vínculo terapéutico y la continuidad del proceso.

Una exposición bien guiada no busca únicamente que la ansiedad disminuya, sino que **aprender que el malestar es tolerable y que los temores no se cumplen como tal cual, como se podría pensar en un comienzo**. En consiguiente, estructurar cada sesión con claridad permite sostener este aprendizaje de manera ética, efectiva y gradual.



6.3.4. Prevención de la evitación y refuerzo positivo

Uno de los desafíos más frecuentes durante la implementación de la exposición es la aparición de conductas evitativas, tanto manifiestas como encubiertas. **Aunque quien consulta acepte realizar la tarea, puede recurrir a estrategias de alivio inmediato que interfieren con el procesamiento terapéutico del miedo** [Helbig-Lang et al., 2014].

Conocidas como **conductas de seguridad**, incluyen acciones como mirar el celular, llevar un objeto tranquilizador, evitar el contacto visual o usar frases de autoafirmación para calmarse. **Aunque reducen temporalmente la ansiedad, impiden confrontar plenamente la situación temida y adquirir aprendizajes duraderos** [Vervliet et al., 2008].

Por ello, es fundamental que el terapeuta identifique estas conductas junto al consultante y diseñe intervenciones que permitan su retirada progresiva. **Una técnica útil consiste en realizar la misma exposición con y sin la conducta de seguridad**, para observar la diferencia en el nivel de ansiedad y el sentido de autoeficacia.

Además, mantener la motivación a lo largo del tratamiento es clave para sostener el esfuerzo emocional que implica enfrentar lo temido. Una forma efectiva de lograrlo es explicar claramente la lógica de la exposición, ofrecer información basada en evidencia sobre su efectividad y validar las emociones que surgen en el proceso. **El refuerzo positivo cumple también un rol esencial, de modo que puede incluir:**

- Reconocimiento verbal y emocional del esfuerzo realizado.
- Registro explícito de avances, incluso si son pequeños.
- Acordar recompensas simbólicas al cumplir con determinados objetivos.

Por ejemplo, si alguien con fobia social logra asistir a una reunión sin recurrir a su conducta de seguridad [tener un vaso de agua], el terapeuta puede destacar el logro y explorar cómo afectó su experiencia emocional.

El acompañamiento del terapeuta, especialmente en las primeras exposiciones, también puede reducir el riesgo de evitación. Realizar role-playing, anticipar obstáculos y modelar una actitud de apertura y confianza favorecen el compromiso con la tarea.

Cuando alguien siente que no está solo frente a lo temido, aumenta su disposición a tolerar el malestar y a desafiar sus propias creencias limitantes. De ese modo, se fortalece no solo el efecto de la exposición, sino también el vínculo terapéutico.

En resumen, la exposición constituye una herramienta esencial en el abordaje de la ansiedad, siempre que se planifique cuidadosamente, se adapte al consultante y se aplique con base en principios teóricos sólidos. En el próximo módulo, abordaremos cómo evaluar la evolución clínica del proceso y ajustar las intervenciones según el progreso observado.



Resumen del Módulo VI

- En este módulo exploramos la técnica de exposición como herramienta clave en el abordaje de la ansiedad desde la TCC, orientada a reducir la evitación y favorecer el reaprendizaje emocional.
- Analizamos los fundamentos teóricos que sostienen su eficacia, incluyendo los principios de habituación, extinción del miedo, procesamiento emocional y aprendizaje inhibitorio.
- Estudiamos las distintas modalidades de exposición —en vivo, imaginaria e interoceptiva— y cómo adaptarlas según el perfil del consultante y las características del cuadro clínico.
- Se brindaron pautas para la planificación y ejecución de la exposición, con foco en la construcción de jerarquías, el uso de refuerzos positivos, y la prevención de estrategias evitativas o de seguridad.
- Reflexionamos sobre el rol del terapeuta en la contención y acompañamiento durante las sesiones de exposición, subrayando la importancia del entrenamiento previo y el seguimiento clínico cercano.
- En definitiva, se introdujeron herramientas fundamentales para promover la aproximación progresiva a los estímulos temidos, rompiendo con el ciclo de evitación que mantiene el malestar. En el siguiente módulo, abordaremos estrategias para consolidar los avances logrados y prevenir recaídas.



MÓDULO VII

Estrategias de afrontamiento
y prevención de recaídas

7.1. Introducción al módulo VII

El módulo final tiene como propósito consolidar los aprendizajes adquiridos a lo largo del curso y el poder enseñar a fomentar la autonomía del consultante en el manejo de la ansiedad y el estrés. Su ubicación al final del recorrido formativo no es casual: lo proponemos como una instancia de síntesis y proyección, en la que la idea es retomar conceptos abordados previamente —como la reestructuración cognitiva, la regulación emocional o la exposición— para articularlos en un plan de acción sostenible en el tiempo.

En este sentido, pondremos el énfasis en la formación de hábitos adaptativos, el uso de refuerzos naturales y la identificación de señales tempranas de recaída, entendidas como pilares para mantener el cambio terapéutico una vez finalizado el tratamiento. Dicho enfoque, coherente con la perspectiva cognitivo-conductual, no se limita a intervenir sobre pensamientos disfuncionales, sino que amplía su radio de acción hacia el desarrollo activo de comportamientos saludables y estrategias de autorregulación autónoma.

Asimismo, incorporar tales contenidos en la etapa final del curso responde a una necesidad clínica concreta: la prevención de recaídas. Diversas investigaciones muestran que, aun tras una remisión sintomática, existe un porcentaje no menor de los pacientes con trastornos de ansiedad que experimentan recaídas si no cuentan con un repertorio conductual sólido. Por ello, apuntaremos a dotar al consultante de herramientas prácticas que, además de reforzar los logros terapéuticos, promuevan su mantenimiento a largo plazo.

7.2. Técnicas conductuales y estrategias de afrontamiento

Las técnicas descritas a continuación se orientan a modificar el ambiente conductual del paciente [identificando contingencias de refuerzo], a reducir las conductas de evitación que perpetúan la ansiedad y a fomentar hábitos de vida saludables. Todo ello a fin de sostener los logros terapéuticos. Veámoslas una a una.

7.2.1. Modificación de conducta

Implica **identificar conductas problemáticas específicas y aplicar un análisis funcional de sus antecedentes y consecuencias.** Luego de ello, el terapeuta y el paciente diseñan planes de actividades programadas que generen mayor exposición a reforzadores positivos y disminuyan la evitación.

Por ejemplo, un paciente con fobia social podría planificar reuniones breves con amigos, aumentando progresivamente la dificultad de las interacciones. Tales actividades programadas actúan como reforzadores naturales que incrementan la probabilidad de las conductas adaptativas.

En suma, se emplean técnicas de moldeamiento o encadenamiento para reforzar cada paso hacia la conducta deseada. Al consolidar nuevos patrones, se construye un **repertorio conductual alternativo que inhibe viejas respuestas de miedo**. De esa manera, vuelve más fácil el mantenimiento del cambio a lo largo del tiempo [Bentley et al., 2021].

7.2.2. Refuerzo positivo

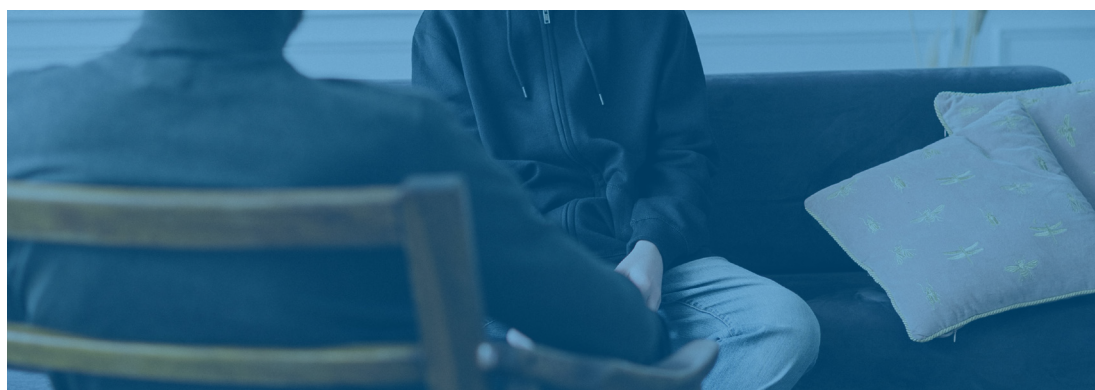
Como parte de la modificación conductual, el refuerzo positivo **consiste en entregar recompensas inmediatamente después de una conducta adaptativa**, lo que aumenta su probabilidad de repetición. En la práctica terapéutica, puede incluir elogios verbales, puntos de recompensa o pequeñas gratificaciones personales por cada paso alcanzado [por ejemplo, otorgarse un breve descanso o actividad placentera tras completar una tarea ansiógena]. De esta manera, el paciente aprende a **valorar los progresos y a sostener su motivación interna**. En pocas palabras, el refuerzo positivo interno funciona como un “pegamento” conductual que ayuda a conservar los avances terapéuticos una vez finalizada la terapia.

7.2.3. Reducción de la evitación

La evitación es un factor central que mantiene la ansiedad, pues limita las oportunidades de aprendizaje de que las situaciones temidas son más seguras de lo que se piensa. **Las técnicas de exposición gradual son la herramienta principal para reducir la evitación**. A través de ellas, el paciente es capaz de enfrentar progresivamente los estímulos o situaciones temidas sin realizar conductas de escape o seguridad [Curtiss et al., 2021].

Por ejemplo, un paciente con agorafobia tal vez pueda iniciar saliendo al pasillo de su casa, luego al jardín, hasta llegar a caminar por la cuadra, manteniéndose en cada etapa el tiempo necesario para que la ansiedad baje sin huir. Con exposiciones repetidas, se produce extinción del miedo; el paciente aprende por experiencia que la calamidad esperada no ocurre, reforzando internamente la sensación de seguridad [Bentley et al., 2021].

Lo anterior se debe a que, **al interrumpir el ciclo evitativo, las creencias disfuncionales son modificadas, lo que amplía la “zona de confort”**. A través de ello, se refuerza el cambio terapéutico: vencer la evitación previene recaídas al demostrarle al paciente que es capaz de manejar gradualmente su ansiedad fuera del contexto terapéutico.



7.2.4. Construcción de hábitos saludables

De manera similar, **incorporar rutinas de estilo de vida saludable refuerza la resiliencia frente al estrés**. En efecto, resulta sumamente útil incluir prácticas regulares como ejercicio físico, horarios de sueño consistentes y técnicas de relajación o “mindfulness” diario. Al respecto, un metaanálisis reciente llevado a cabo en 2024, encontró que las intervenciones basadas en cambios de estilo de vida (actividad física, alimentación equilibrada, sueño) redujeron de forma significativa la ansiedad y el estrés, reforzando ampliamente dicha relación.

En la terapia, es factible de plasmarse en recomendaciones concretas. Por ejemplo, un paciente con trastorno de ansiedad generalizada podría comprometerse a caminar 30 minutos diarios o a apuntarse a un equipo deportivo. Tales hábitos funcionan como reforzadores contextuales (mejoran el estado de ánimo, la energía y la salud física), creando un entorno que facilita el manejo emocional. Al establecer estas rutinas, **el paciente amplía sus recursos de afrontamiento y refuerza su autoeficacia**. Así, pues, un estilo de vida equilibrado actúa como “colchón protector” que mantiene las ganancias terapéuticas en el largo plazo (Amiri et al., 2024).

7.2.5. Estrategias de resolución de problemas

En última instancia, la resolución sistemática de problemas enseña a enfrentar situaciones estresantes de manera organizada, en lugar de huir de ellas. Para ello, se le entrena en pasos claros: **identificar el problema específico, generar posibles soluciones, evaluar y seleccionar la alternativa más viable, planificar la ejecución y revisar resultados**.

A modo de ejemplo, ante el temor de perder el empleo, el consultante podría listar opciones (actualizar su currículum, preparar una presentación, buscar consejos) y trazar un plan para cada una. Dicho método **incrementa la percepción de control y reduce la sensación de estar abrumado**. Incluso, estudios recientes han mostrado que la terapia centrada en resolución de problemas mejora significativamente el afrontamiento y reduce la sintomatología ansiosa. Al disponer de esta herramienta, el paciente adquiere mayor confianza para enfrentar retos cotidianos, lo que prolonga los beneficios terapéuticos al aplicar de modo autónomo las soluciones aprendidas.



El uso combinado de estas estrategias fortalece el proceso de cambio terapéutico al promover conductas adaptativas y reducir la evitación. Lo anterior, permite al paciente adquirir nuevas asociaciones de seguridad, fomentando un aprendizaje más profundo y duradero. Así, a medida que aumenta su capacidad de autorregulación y su independencia para gestionar situaciones estresantes, los avances logrados se vuelven sostenibles incluso después de finalizado el tratamiento.

7.3. Prevención de recaídas y mantenimiento del cambio

En las fases finales del abordaje, resulta fundamental consolidar los logros terapéuticos y preparar al paciente para sostenerlos a largo plazo. Por tal motivo, **es crucial que el terapeuta logre la detección temprana de recaídas y sea capaz de diseñar de estrategias** para responder a ellas.

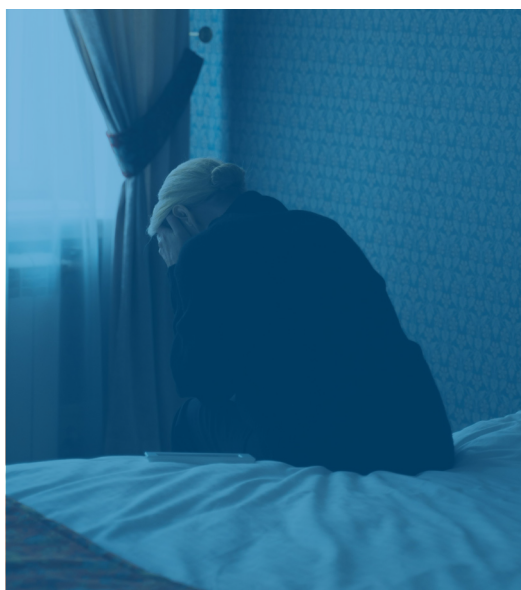
Si bien los estudios muestran que las tasas de recaída tras un abordaje exitoso en trastornos de ansiedad suelen ser moderadamente bajas [0–14 %], no son inexistentes. Incluso, algunos informes indican que alrededor de **un 23.8 % de los pacientes presentan empeoramiento posterior**. Por ello, es indispensable identificar señales de alerta y planificar medidas de respaldo para mantener el cambio terapéutico logrado [Lorimer et al., 2021; Van Dis et al., 2020].

Dentro de ese contexto, las terapias de tercera generación aportan herramientas clave. Por ejemplo, la ACT enfatiza la aceptación de experiencias internas y la clarificación de valores personales como recursos para afrontar recaídas. Mientras que las prácticas de “mindfulness” mejoran la conciencia de los estados internos, facilitando el reconocimiento precoz de señales de estrés [Beygi et al., 2023]. Profundicemos en tales aspectos.

7.3.1. Identificación de señales de recaída

Detectar las primeras señales de recaída permite intervenir a tiempo. En TCC, las señales tempranas se catalogan en cognitivas [resurgimiento de pensamientos catastróficos o distorsiones], emocionales [aumento del malestar, irritabilidad], conductuales [reapertura de conductas de evitación o seguridad] y fisiológicas [incremento de tensión muscular, palpitaciones, trastornos del sueño].

En lo que respecta a esto, diversas revisiones destacan que “síntomas residuales” — como ser la ansiedad o preocupaciones que persisten tras el tratamiento— constituyen un predictor frecuente de recaída. De igual modo, acontecimientos estresantes recientes o situaciones de alta demanda [problemas laborales, cambios vitales] son capaces de disparar recaídas en personas vulnerables [Lorimer et al., 2020].



Entonces, para facilitar la identificación, **se recomienda instruir al paciente en el automonitoreo de su estado** [mediante diarios de ansiedad, escalas de auto-calificación, registros de situaciones de evitación, etc.]. Por otro lado, también es útil emplear listas de “indicadores de alerta” personalizados: señales subjetivas [pensamientos negativos repetitivos, sensación de incapacidad] y objetivas [notorias fluctuaciones en el nivel de funcionamiento] que el paciente acuerde revisar periódicamente. Así, al detectarse cualquier signo de retroceso en el estado emocional o comportamental, sabrá que es momento de aplicar el plan de prevención.

7.3.1.1. Plan de acción ante recaídas

Al mismo tiempo, **resulta igual de importante elaborar un plan concreto** para responder a la recaída en cuanto se reconocen las señales de alerta, el cual debe incluir, al menos, los siguientes componentes:

- **Revisión de habilidades aprendidas:** El consultante repasa las estrategias adquiridas (técnicas de reestructuración cognitiva, ejercicios de relajación, afrontamiento de exposición, etc.) y acuerda con el terapeuta cómo aplicarlas puntualmente si nota un empeoramiento. Las terapias de tercera ola aportan aquí recursos adicionales: por ejemplo, prácticas breves de respiración consciente o ejercicios de defusión cognitiva para interrumpir el ciclo de pensamientos negativos.
- **Contacto de apoyo:** Se define a quién recurrir ante una recaída incipiente: ya sea el terapeuta (programando una sesión de refuerzo), un familiar o amigo de confianza, o grupos de apoyo. Lo anterior tiene por objetivo reforzar el componente social y de responsabilidad compartida de la recuperación.
- **Reactivación de autocuidados:** Aquí la idea es recalcar la importancia de hábitos de autocuidado (ejercicio, sueño, alimentación saludable, actividades placenteras) como amortiguadores del estrés. Del mismo modo, podría incluirse la planificación de recordatorios diarios (por ejemplo, a través de aplicaciones o mensajes programados) que refuercen conductas positivas. Por ejemplo, mensajes de texto semanales personalizados, donde los pacientes calificaban su bienestar y recibían consejos escritos por ellos mismos para distintos escenarios (bienestar, señales de recaída o recaída plena).
- **Solicitar ayuda profesional adicional:** Si el paciente lo considera necesario, se contemplan “sesiones de seguimiento” o derivaciones (como ser talleres o cursos intensivos de refuerzo cognitivo-conductual) para profundizar en técnicas específicas.

Sintetizando muy brevemente, sirve como una “hoja de ruta” para cuando surjan dificultades. Al detectarlas, **el paciente recurre a las estrategias ensayadas en vez de ceder a la desesperanza o al abandono de las técnicas**. A través de ello, se prolonga el efecto terapéutico, maximizando la estabilidad de los avances logrados.

7.3.1.2. Automonitoreo y autoevaluación

Específicamente, consiste en que el paciente registre periódicamente sus síntomas, pensamientos y comportamientos relevantes al trastorno. Para ello, se emplean **herramientas estructuradas como escalas de ansiedad/depresión (cuestionarios breves) o diarios electrónicos/papel** donde anotar niveles de ansiedad, posibles disparadores y respuestas usadas.

A modo de ejemplo, en ocasiones, la autoevaluación también implica **revisiones formales periódicas** (cada 1–3 meses, por ejemplo), **usando cuestionarios validados** (como la Escala de Ansiedad de Beck) para cuantificar síntomas. Adicionalmente, se recomienda en ocasiones el uso de tecnología: aplicaciones de seguimiento de estado de ánimo, encuestas por mensaje o correo electrónico, entre otras; que envíen alertas si el paciente reporta un aumento del malestar.

7.3.1.3. Afrontamiento de eventos inesperados

Por último, es importante destacar que ciertos eventos inesperados (por ejemplo, conflictos familiares súbitos, crisis económicas, enfermedades graves) son factibles de que pongan a prueba las habilidades adquiridas. En este contexto, se recomienda **trabajar con el paciente en aceptar la incertidumbre y la variabilidad de la vida, recordándole que la recuperación no es lineal**. Esto, además, puede complementarse reforzando la clarificación de valores: revisar objetivos vitales permite orientar la acción aunque surjan imprevistos, evitando caer en conductas de evitación.

En la práctica, **es útil planificar de antemano cómo responder a escenarios adversos, generando la posibilidad de que, ante una crisis, el paciente no se encuentre “a ciegas”, sino preparado con herramientas aprendidas**. A título ilustrativo, se podría elaborar brevemente un plan de afrontamiento específico para cada categoría de evento (tiempo de bienestar, estrés moderado, crisis aguda), incluyendo: 1) técnica de relajación breve o respiración cuando aparezca tensión; 2) recordatorio de pensamiento alternativo realista; 3) acción valorada (por ejemplo, mantener contacto social o dedicar tiempo a un hobby querido). (Haller et al., 2021).

7.4. Promoción de la autonomía y el autocuidado

Tras el apartado dedicado a la prevención de recaídas, enfatizaremos ahora en el refuerzo de la autonomía terapéutica y el fomento del autocuidado del paciente. Aquí, el objetivo principal es buscar que el **consultante aplique de forma autónoma las estrategias aprendidas y desarrolle hábitos saludables** que mantengan los beneficios alcanzados. Como hemos mencionado, la integración coherente de las técnicas de TCC en la rutina diaria refuerza la confianza en sí mismo y contribuye al mantenimiento a largo plazo de los logros terapéuticos (Tang y Kreindler, 2017).

Para ello, se promueve un traspaso gradual del papel activo del terapeuta al paciente. En consecuencia, **el paciente debe asumir la responsabilidad de practicar y consolidar las habilidades aprendidas fuera de las sesiones**, garantizando así una continuidad del tratamiento más allá del contexto clínico. Tal énfasis en la autoaplicación lo prepara para enfrentar futuras dificultades de forma independiente, cerrando el ciclo iniciado con la prevención de recaídas y concluyendo el módulo con un sentido de empoderamiento personal.



7.4.1. Integración de técnicas en la vida cotidiana

La aplicación de las técnicas en la vida diaria es fundamental para generalizar los avances terapéuticos. Por tal motivo, se debe alentar al paciente a incorporar sistemáticamente actividades como el registro de pensamientos, la respiración diafragmática, los ejercicios de exposición graduada o la reestructuración cognitiva en su rutina cotidiana. Tales “tareas entre sesiones” **permiten al paciente practicar y reforzar las habilidades aprendidas en terapia en situaciones reales**. Por ejemplo, llevar un diario de pensamientos disfuncionales tras un episodio de estrés o planificar ejercicios de relajación tras una jornada demandante dota al paciente de herramientas concretas para manejar la ansiedad en el momento en que surge.

En la práctica clínica, implica **diseñar tareas personalizadas, realistas y relevantes para el paciente**, de modo que se perciban como útiles y factibles, lo cual facilita su integración en la vida cotidiana. Por tanto, garantizar el cumplimiento de tareas prácticas y ofrecer herramientas (registros, aplicaciones móviles, guías) contribuye a consolidar los aprendizajes de TCC en contextos reales.

7.4.2. Refuerzo del sentido de autoeficacia

El sentido de autoeficacia —la creencia en la propia capacidad de gestionar la ansiedad— es clave para la autonomía terapéutica. Una sólida autoeficacia **se construye gradualmente a través de experiencias de dominio (“mastery”)**: al enfrentarse con éxito a situaciones ansiógenas mediante técnicas de exposición u otras estrategias conductuales, el paciente refuerza su confianza interna. Desde el enfoque clásico de la TCC, cada logro (por pequeño que sea) confirma que las conductas y pensamientos aprendidos son eficaces, incrementando así la expectativa de éxito futuro.

De hecho, **los pacientes con un alto nivel de autoeficacia percibida tienden a experimentar una reducción más rápida de los síntomas de ansiedad durante las primeras etapas del tratamiento** [Paersch et al., 2025]. Asimismo, se ha observado que la autoeficacia previa al tratamiento predice tanto una menor tasa de abandono como un mayor descenso sintomático en TCC para trastornos de ansiedad social y pánico [Schønning y Nordgreen, 2021].

Por consiguiente, reforzar dicho sentimiento es un objetivo explícito: el **terapeuta debe destacar los progresos del paciente, fijar metas intermedias, realistas y hacer hincapié en los éxitos conductuales**. El consultante, así, internaliza la noción de que dispone de recursos efectivos para afrontar su ansiedad.

7.4.3. Promoción del autocuidado y bienestar emocional

Finalmente, la promoción del **autocuidado abarca el desarrollo de hábitos saludables y estrategias de gestión emocional que sostengan el bienestar psicológico**. Se trata de integrar en la vida diaria prácticas orientadas a mantener un equilibrio personal y social. En este sentido, la literatura reciente subraya el papel de factores como el ejercicio físico regular, el descanso adecuado, la alimentación equilibrada y el apoyo social.

Por ejemplo, la actividad física se asocia inversamente con la ansiedad, pues múltiples estudios indican que el ejercicio reduce la incidencia y severidad de los trastornos ansiosos [Wanjau et al., 2023]. A su vez, mantener una dieta saludable, contribuye a mejorar el ánimo y proteger la salud mental [Aucoin et al., 2021]. Y, el apoyo social y las relaciones positivas, actúan como amortiguadores del estrés: una mayor resiliencia y red de apoyo predicen menores niveles de ansiedad y mejor calidad de vida.

Para facilitar la implementación de estas recomendaciones, se puede presentar al paciente una lista de hábitos de autocuidado en forma de pautas concretas. Entre ellas destacan:

- **Ejercicio físico regular:** Por ejemplo, realizar actividad aeróbica [caminar, correr, nadar] varias veces a la semana, ya que reduce los síntomas ansiosos.
- **Sueño de calidad:** Establecer un horario de sueño consistente y rutinas de descanso favorece la regulación emocional y disminuye la vulnerabilidad al estrés diario.
- **Alimentación equilibrada:** Preferir comidas ricas en frutas, verduras, cereales integrales y proteínas magras. Se sabe que las dietas saludables contribuyen al bienestar general, mientras que el consumo excesivo de cafeína o azúcares puede exacerbar la ansiedad.
- **Apoyo social y ocio:** El contacto social regular y actividades recreativas [hobbies, salidas en grupo] fomentan emociones positivas y reducen el estrés percibido. Por lo tanto, es sumamente útil intentar potenciar las relaciones familiares y de amistad.
- **Técnicas de relajación:** Incluir ejercicios diarios de relajación muscular o respiración profunda para disminuir la activación fisiológica que acompaña a la ansiedad. Tales prácticas mejoran la autorregulación emocional en situaciones de tensión.

Resumen del Módulo VII

- En este módulo abordamos las estrategias necesarias para consolidar los logros terapéuticos, prevenir recaídas y promover la autonomía del consultante en su vida cotidiana.
- Se trabajaron técnicas conductuales orientadas a sostener los cambios alcanzados, incluyendo el refuerzo positivo, la modificación de conductas evitativas y la construcción de hábitos saludables.
- Profundizamos en el diseño de planes de acción ante señales tempranas de recaída, incorporando herramientas de automonitoreo, evaluación continua y resolución de problemas.
- Se planteó la importancia de desarrollar competencias para enfrentar eventos inesperados, fortaleciendo la flexibilidad cognitiva y la capacidad de autorregulación emocional.

- Además, se exploraron estrategias para integrar las técnicas aprendidas a lo largo del tratamiento en la vida diaria, fomentando el sentido de autoeficacia y la responsabilidad activa sobre el propio bienestar.
- Finalmente, recalcamos que este módulo representa una etapa clave del proceso terapéutico, ya que apunta a garantizar la sostenibilidad del cambio a largo plazo. En el siguiente y último módulo, aplicaremos todos estos aprendizajes a través del análisis de casos clínicos prácticos.



MÓDULO VIII

Casos prácticos

8.1. Introducción al Módulo VI

A continuación, te pediremos que te dirijas hacia nuestra plataforma. Allí encontrarás ejercicios sobre algunos de los aspectos aprendidos en el curso. Los mismos tienen el objetivo de repasar las ideas principales de cada apartado del temario para asegurar que recuerdas qué se está tratando en cada uno de ellos. Todos los nombres y datos personales presentados son ficticios. ¡Esperamos que te sea útil!

Cierre del manual

A lo largo de este manual hemos recorrido, paso a paso, los principales fundamentos teóricos y las herramientas clínicas que conforman el abordaje cognitivo-conductual de la ansiedad y el estrés. Desde la comprensión profunda de estos fenómenos hasta la aplicación de estrategias específicas como la psicoeducación, la regulación emocional, la reestructuración cognitiva y la exposición, cada módulo buscó articular el conocimiento teórico con la práctica clínica.

El énfasis estuvo puesto en brindar recursos concretos y aplicables, sin perder de vista la complejidad subjetiva de cada caso. La Terapia Cognitivo-Conductual, en tanto modelo empírico y estructurado, ofrece un marco de intervención potente pero flexible, que puede y debe adaptarse a las particularidades de cada consultante, su contexto y su momento vital.

Más allá de las técnicas, este recorrido invita a posicionarse como profesionales activos, atentos a las señales de cambio, con capacidad para evaluar, ajustar y acompañar con rigurosidad y sensibilidad. La ansiedad y el estrés son expresiones humanas legítimas. La tarea clínica no busca eliminarlas por completo, sino transformar la relación que la persona establece con ellas.

Esperamos que este material no solo haya ofrecido herramientas útiles, sino también una forma de pensar el trabajo clínico: basado en la evidencia, sostenido en el vínculo terapéutico, y orientado al fortalecimiento de la autonomía y el bienestar a largo plazo.



Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association. [2022]. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales [5ª ed. revisada]. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Amiri, S., Mahmood, N., Javaid, S. F. y Khan, M. A. [2024]. The Effect of Lifestyle Interventions on Anxiety, Depression and Stress: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Clinical Trials. *Healthcare*, 12[22], 2263. <https://doi.org/10.3390/healthcare12222263>
- Aucoin, M., LaChance, L., Naidoo, U., Remy, D., Shekdar, T., Sayar, N., Cardozo, V., Rawana, T., Chan, I. y Cooley, K. [2021]. Diet and Anxiety: A Scoping Review. *Nutrients*, 13[12], 4418. <https://doi.org/10.3390/nu13124418>
- Beck, A. T. [1976]. *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, J. S. [2011]. *Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond* [2ª ed.]. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T. y Haigh, E. A. P. [2014]. Advances in Cognitive Theory and Therapy: The Generic Cognitive Model. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10[1], 1–24. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153734>
- Bennett-Levy, J., Butler, G., Fennell, M., Hackmann, A., Mueller, M. y Westbrook, D. [2004]. *Oxford Guide to Behavioural Experiments in Cognitive Therapy*. Oxford: Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780198529163.001.0001>
- Bentley, T. K. H., Bernstein, E. E., Wallace, B. y Mischoulon, D. [2021]. Treatment for Anxiety and Comorbid Depressive Disorders: Transdiagnostic Cognitive-Behavioral Strategies. *Psychiatric annals*, 51[5], 226–230. <https://doi.org/10.3928/00485713-20210414-01>
- Bentley, T. G. K., D'Andrea-Penna, G., Rakic, M., Arce, N., LaFaille, M., Berman, R., Cooley, K. y Sprimont, P. [2023]. Breathing Practices for Stress and Anxiety Reduction: Conceptual Framework of Implementation Guidelines Based on a Systematic Review of the Published Literature. *Brain sciences*, 13[12], 1612. <https://doi.org/10.3390/brainsci13121612>
- Beygi, Z., Tighband Jangali, R., Derakhshan, N., Alidadi, M., Javanbakhsh, F. y Mahboobizadeh, M. [2023]. An Overview of Reviews on the Effects of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Depression and Anxiety. *Iranian journal of psychiatry*, 18[2], 248–257. <https://doi.org/10.18502/ijps.v18i2.12373>
- Bouton, M. E. [2002]. Context, ambiguity, and unlearning: Sources of relapse after behavioral extinction. *Biological Psychiatry*, 52[10], 976–986. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(02\)01546-9](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(02)01546-9)
- Carpenter, J. K., Andrews, L. A., Witcraft, S. M., Powers, M. B., Smits, J. A. J. y 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. <https://doi.org/10.1002/da.22728>
- Curtiss, J. E., Levine, D. S., Ander, I. y Baker, A. W. [2021]. Cognitive-Behavioral Treatments for Anxiety and Stress-Related Disorders. *Focus* [American Psychiatric Publishing], 19[2], 184–189. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.20200045>
- Clark, D. A. y Beck, A. T. [2010]. *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: Science and Practice*. New York: Guilford Press.
- Chin, P., Gorman, F., Beck, F., Russell, B. R., Stephan, K. E. y Harrison, O. K. [2024]. A systematic review of brief respiratory, embodiment, cognitive, and mindfulness interventions to reduce state anxiety. *Frontiers in Psychology*, 15, 1412928. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1412928>

- Dobson, K. S. [2020]. Cognitive behavioural therapy. In E. Ryznar, A. B. Pederson, M. A. Reinecke, & J. G. Csernansky [Eds.], *Landmark papers in psychiatry* [pp. 201–213]. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780198836506.003.0012>
- Eifert, G. H. y Heffner, M. [2003]. The effects of acceptance versus control contexts on avoidance of panic-related symptoms. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 34[3-4], 293–312. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2003.11.001>
- Ellis, A. [1962]. *Reason and Emotion in Psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. [1986]. Emotional Processing of Fear: Exposure to Corrective Information. *Psychological Bulletin*, 99[1], 20–35. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.99.1.20>
- Foa, E. B., & Rothbaum, B. O. [1998]. *Treating the trauma of rape: Cognitive-behavioral therapy for PTSD*. Guilford Press.
- Freeman, D., Haselton, P., Freeman, J., Spanlang, B., Kishore, S., Albery, E., Denne, M., Brown, P., y Slater, M, y [2017]. Automated psychological therapy using immersive virtual reality for treatment of fear of heights: a single-blind, parallel-group, randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry*, 5[8], 625–632. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30226-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30226-8)
- Ghahari, S., Mohammadi-Hasel, K., Malakouti, S. K. y Roshanpajouh, M. [2020]. Mindfulness-based Cognitive Therapy for Generalised Anxiety Disorder: A systematic review and meta-analysis. *East Asian Archives of Psychiatry*, 30[2], 52–56. <https://doi.org/10.12809/eaap1885>
- Gutiérrez-García, A. y Contreras, C. M. [2013]. Anxiety: An adaptive emotion. *InTechOpen*. <https://doi.org/10.5772/53223>
- Haller, H., Breilmann, P., Schröter, M., Dobos, G. y Cramer, H. [2021]. A systematic review and meta-analysis of acceptance- and mindfulness-based interventions for DSM-5 anxiety disorders. *Scientific Reports*, 11, 20385. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-99882-w>
- Hayes, S. C. y Smith, S. [2005]. *Get out of your mind & into your life: the new acceptance and commitment therapy*. Oakland, CA: New Harbinger
- Hamasaki H. [2020]. Effects of Diaphragmatic Breathing on Health: A Narrative Review. *Medicines* [Basel, Switzerland], 7[10], 65. <https://doi.org/10.3390/medicines7100065>
- Helbig-Lang, S., Rusch, S., Rief, W., & Lincoln, T. M. [2015]. The strategy does not matter: Effects of acceptance, reappraisal, and distraction on the course of anticipatory anxiety in social anxiety disorder. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 88[3], 366–377. <https://doi.org/10.1111/papt.12053>
- Hoge, E. A., Bui, E., Mete, M., Dutton, M. A., Baker, A. W. y Simon, N. M. [2023]. Mindfulness-Based Stress Reduction vs Escitalopram for the Treatment of Adults With Anxiety Disorders: A Randomized Clinical Trial. *JAMA psychiatry*, 80[1], 13–21. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2022.3679>
- Khir, S. M., Wan Mohd Yunus, W. M. A., Mahmud, N., Wang, R., Panatik, S.A., Mohd Sukor, M.S., Nordin, N.A. [2024]. Efficacy of Progressive Muscle Relaxation in Adults for Stress, Anxiety, and Depression: A Systematic Review. *Psychology Research and Behavior Management*, 17, 345–365. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S437277>
- Koniver L. [2023]. Practical applications of grounding to support health. *Biomedical journal*, 46[1], 41–47. <https://doi.org/10.1016/j.bj.2022.12.001>

- Krijnen-de Bruin, E., Scholten, W., Muntingh, A., Maarsingh, O., van Meijel, B., van Straten, A. y Batelaan, N. [2022]. Psychological interventions to prevent relapse in anxiety and depression: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, 17[8], e0272200. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0272200>
- Lorimer, B., Kellett, S., Nye, A. y Delgadillo, J. [2020]. Predictors of relapse and recurrence following cognitive behavioural therapy for anxiety-related disorders: A systematic review. *Cognitive Behaviour Therapy*, 50[1], 1–18. <https://doi.org/10.1080/16506073.2020.1812709>
- Maddock, A. [2024]. The relationships between stress, burnout, mental health and well-being in social workers. *The British Journal of Social Work*, 54[2], 668–686. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcad232>
- Malins, S., Biswas, S., Patel, S., Levene, J., Morris, A., Townsend, E. y Johnson, S. [2020]. Preventing relapse with personalized smart-messaging after cognitive behavioural therapy: A proof-of-concept evaluation. *British Journal of Clinical Psychology*, 59[2], 241–259. <https://doi.org/10.1111/bjc.12244>
- Marker, I., Corbett, B. E., Drummond, S. P. A. y Norton, P. J. [2020]. Intermittent Motivational Interviewing and Transdiagnostic CBT for Anxiety: A Randomized Controlled Trial. *Journal of anxiety disorders*, 75, 102276. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102276>
- Moghtadaei, M., Khatony, A., Mohammadi, M. R., Rostami, M., Taheri, A. R. y Foroughipour, M. R. [2023]. An overview of reviews on the effects of Acceptance and Commitment Therapy [ACT] on depression and anxiety. *International Journal of Psychological Studies*, 18[2], 248–257. <https://doi.org/10.18502/ijps.v18i2.12373>
- Moksnes, U. K. y Espnes, G. A. [2016]. Stress: Concepts, Models, and Measures. *Handbook of Psychocardiology*, 143–162. https://doi.org/10.1007/978-981-287-206-7_11
- Mowrer, O. H. [1951]. Two-factor learning theory: summary and comment. *Psychological Review*, 58[5], 350–354. <https://doi.org/10.1037/h0058956>
- Näsling, J., Andersson, E. y Hedman-Lagerlöf, E. [2024]. Effect of Psychotherapy on Intolerance of Uncertainty: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 31[4], e3026. <https://doi.org/10.1002/cpp.3026>
- Paersch, C., Recher, D., Schulz, A., Henninger, M., Schlup, B., Künzler, F., Homan, S., Kowatsch, T., Fisher, A. J., Horn, A. B. y Kleim, B. [2024]. Self-Efficacy Effects on Symptom Experiences in Daily Life and Early Treatment Success in Anxiety Patients. *Clinical psychological science : a journal of the Association for Psychological Science*, 13[1], 178–194. <https://doi.org/10.1177/21677026231205262>
- Rodrigues, F., Bártolo, A., Pacheco, E., Pereira, A., Silva, C. F. y Oliveira, C. [2018]. Psycho-Education for Anxiety Disorders in Adults: A Systematic Review of its Effectiveness. *Journal of Forensic Psychology*, 3[1], Article 142. <https://doi.org/10.4172/2475-319X.1000142>
- Romano, M., Arambasic, J. y Peters, L. [2020]. Motivational interviewing for social anxiety disorder: An examination of the technical hypothesis. *Psychotherapy Research*, 31[2], 224–235. <https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1751892>
- Slimmen, S., Timmermans, O., Mikolajczak-Degrauwe, K. y Oenema, A. [2022]. How stress-related factors affect mental wellbeing of university students A cross-sectional study to explore the associations between stressors, perceived stress, and mental wellbeing. *PloS one*, 17[11], e0275925. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0275925>
- Schneiderman, N., Ironson, G. y Siegel, S. D. [2005]. Stress and health: psychological, behavioral, and biological determinants. *Annual review of clinical psychology*, 1, 607–628. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144141>

- Leahy, R. L. [2017]. *Cognitive Therapy Techniques: A Practitioner's Guide* (2ª ed.). New York: Guilford Press.
- Leigh, S.-J., Uhlig, F., Wilmes, L., Sanchez-Diaz, P., Gheorghe, C. E., Goodson, M. S., Kelly-Loughnane, N., Hyland, N. P., Cryan, J. F. y Clarke, G. [2023]. The impact of acute and chronic stress on gastrointestinal physiology and function: A microbiota–gut–brain axis perspective. *The Journal of Physiology*, 601[20], 4503–4534. <https://doi.org/10.1113/JP281951>
- Schønning, A. y Nordgreen, T. [2021]. Predicting Treatment Outcomes in Guided Internet-Delivered Therapy for Anxiety Disorders—The Role of Treatment Self-Efficacy. *Frontiers in Psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.712421>
- Starcevic, V. y Castle, D. J. [2016]. *Anxiety Disorders. Stress: Concepts, Cognition, Emotion, and Behavior*. Academic Press, 203–211. <https://doi.org/10.1016/b978-0-12-800951-2.00024-8>
- Tan, L., Fang, P., Cui, J., Yu, H. y Yu, L. [2022]. Effects of progressive muscle relaxation on health-related outcomes in cancer patients: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Complementary therapies in clinical practice*, 49, 101676. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2022.101676>
- Tang, W. y Kreindler, D. [2017]. Supporting Homework Compliance in Cognitive Behavioural Therapy: Essential Features of Mobile Apps. *JMIR mental health*, 4[2], e20. <https://doi.org/10.2196/mental.5283>
- Van Dis, E. A. M., van Veen, S. C., Hagenaars, M. A., Batelaan, N. M., Bockting, C. L. H., van den Heuvel, R. M., Pim Cuijpers y Engelhard, I. M. [2020]. Long-term Outcomes of Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety-Related Disorders. *JAMA Psychiatry*, 77[3], 265. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.3986>
- Vervliet, B., Craske, M. G. y Hermans, D. [2013]. Fear extinction and relapse: State of the art. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 215–248. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185542>
- Wanjau, M. N., Möller, H., Haigh, F., Milat, A., Hayek, R., Lucas, P. y Veerman, J. L. [2023]. Physical Activity and Depression and Anxiety Disorders: A Systematic Review of Reviews and Assessment of Causality. *AJPM focus*, 2[2], 100074. <https://doi.org/10.1016/j.focus.2023.100074>
- Wright, J. H., Brown, G. K., Thase, M. E. y Basco, M. R. [2017]. *Learning Cognitive-Behavior Therapy: An Illustrated Guide* (2ª ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association Publishing.
- Zhou, X., Guo, J., Lu, G., Chen, C., Xie, Z., Liu, J. y Zhang, C. [2020]. Effects of mindfulness-based stress reduction on anxiety symptoms in young people: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry research*, 289, 113002. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113002>

Referencias IMÁGENES:

- Plutchik, R. [1980]. *Emotion: Theory, research, and experience*. Volume 1: Theories of emotion. Academic Press.
- Willcox, G. [1982]. *The Feeling Wheel* [Herramienta terapéutica no publicada formalmente]. Disponible en diversos recursos clínicos y educativos.

