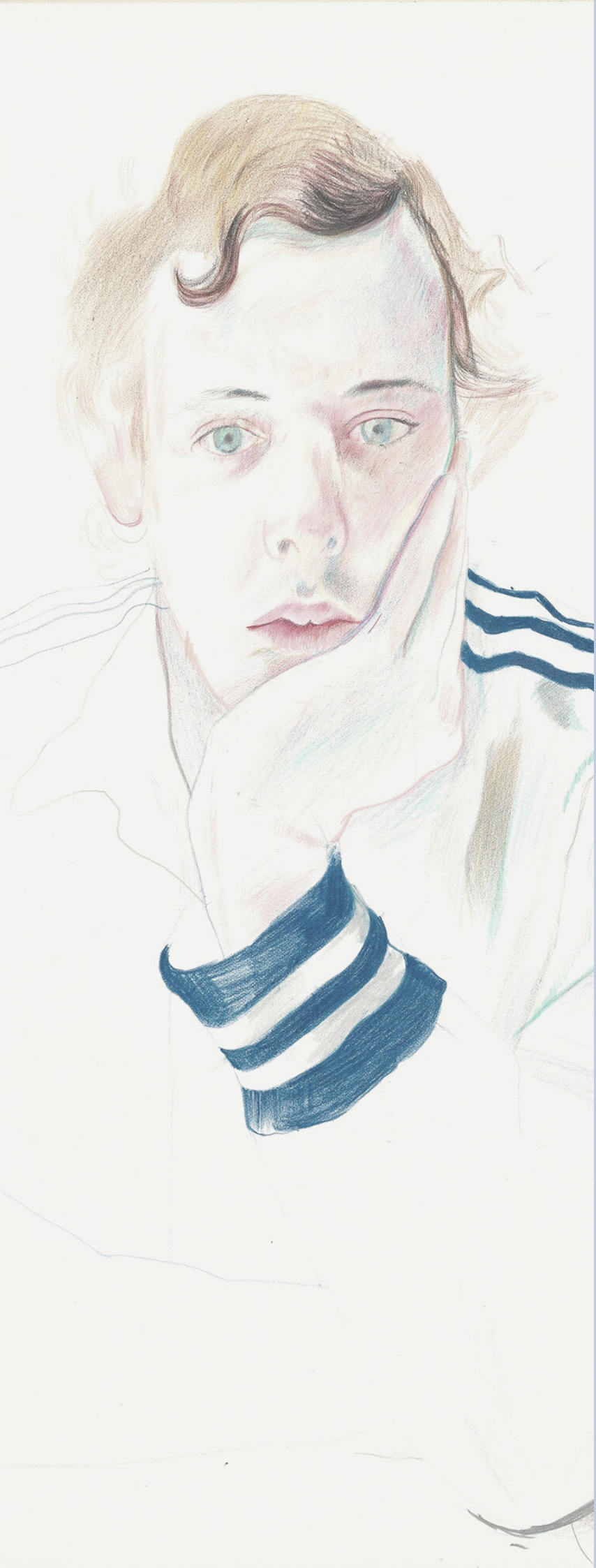
REVISTA
GRATUITA
MENSUAL

Salud Mental

Noviembre 2021
Volumen XXV

Habilidades
para el Cambio



CONTENIDO

MEDITACIÓN: UN MOMENTO PARA ESTAR PRESENTES

CUANDO LA EXPOSICIÓN CON PREVENCIÓN DE RESPUESTA NO BASTA!

TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN DEL ADULTO (TDAH)

GUÍA PARA OPTIMIZAR LA ORGANIZACIÓN DIARIA

RELACIÓN ENTRE LA EVITACIÓN EXPERIENCIAL Y LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD DESDE LA PERSPECTIVA DE ACT

EL EQUIPO

Habilidades para el Cambio

PRESIDENTA: Psicóloga Laura Flynn
VICEPRESIDENTA: Ana Flynn
COORD. GRAL: Lic. Natalia Díaz
SECRETARIAS: María José Holgado, Inés Santamarina

Terapia Cognitivo Conductual
Online y presencial

SEDE CAPITAL FEDERAL:
- Coordinadora: Micaela Laurito
- Lic. María Belén Kaucher
- Lic. Marcos Maggi
- Lic. Andrea Biondi Folco
- Lic. Vanina De Janin
- Lic. Oriana Rojas Saccone
- Lic. María Cristina Klotzpach

SEDE ZONA OESTE - GBA:
- Coordinadora: Lic. Natalia Díaz
- Lic. Soledad Díaz
- Lic. Paula Analía Puig
- Lic. Noelia Sologuren
- Lic. Anabella Lejzurowicz
- Lic. María Laura Tamagnone
- Lic. Mayra Orellana
- Lic. Alina Buis
- Lic. Viviana Gonzalez Siciliano
- Lic. Elizabeth Bello
- Lic. Zuny Sánchez
- Lic. Ailén Bethencourt
- Psiq. Gisele Herrera Martinez

SEDE ZONA SUR - GBA:
- Coordinadora Lic. Marcela Gómez
- Lic Sofía Stancanelli
- Lic. Valeria Andolina
- Lic. Georgina Raimondi
- Lic. Florencia Paredes
- Lic. Florencia González Palomino
- Lic. Mariela Borgio

SEDE ZONA NORTE - GBA:
- Coordinadora Lic. Vanina de Janin
- Andrea Bonnet

SEDE NEUQUÉN:
- Coordinadora: Lic. Natalia Díaz
- Lic. María Florencia Rach
- Lic. Ariana Martínez
- Lic. Guadalupe Alarcón
- Lic. Nadia Paola Sotelo
- Lic. Tania Castillo
- Lic. Beatriz Elizabeth Fernández
- Lic. Florencia Sallaberry

SEDE ANDINA:
- Coordinadora: Lic. Marcela Gil García
- Lic. Carolina Argento
- Lic. Andrés Sosa Perea

SEDE NOA:
- Coordinador: Lic. Daniel Pellerito
- Lic. Gabriel Gordillo
- Lic. Tatiana Amado
- Lic. Milagros Morón
- Lic. Natalia Giaileloa
- Lic. Emilia Reinoso
- Lic. Paula Valero

SEDE CÓRDOBA:
- Coordinadora: Lic. Paula Sánchez
- Lic. Belén Giménez
- Lic. Sofía Vico
- Lic. Omar Bustos
- Lic. Fátima Seppi
- Lic. Eliana Heredia

Terapia Dialéctico Conductual (DBT)
Online
- Coordinadora: Lic. Laura Digerardis
- Psiq. Virginia Romarion
- Psiq. Belen Lopez Prieto
- Psiq. Fernando Terusi
- Lic. Ani Voskanyan
- Lic. Josefina Mainardi
- Lic. Mariano Bilbao
- Lic. Sofía Vico
- Lic. Belen Gimenez
- Lic. Agustina Robi
- Lic. Agostina Vignolo
- Lic. Gabriela Sansaneri
- Lic. Maite Aramburu
- Lic Gonzalo Rojas

Supervisiones
- Llc. Belén Kaucher
- Llc. Soledad Díaz
- Liz Mariana Gonzalez

Equipo de Géneros y Sexualidades
- Coordinadoras: Ana Flynn y Lic. Celeste Mariotti
- Lic. Ariana Martínez
- Lic. Sofía Stancanelli
- Lic. Guadalupe Alarcón
- Lic. Marcela Gómez
- Lic. Oriana Rojas Saccone
- Lic. Beatriz Fernandez
- Lic. Omar Bustos
- Lic. Fátima Seppi
- Lic. Natalia Giaileola
- Lic. Eliana Heredia

MEDITACIÓN: UN MOMENTO PARA ESTAR PRESENTES

POR LIC. ELIZABETH BELLO (SEDE OESTE GBA)

¿Qué es la meditación?

Si bien tiene sus inicios hace miles de años en la sociedad oriental, en los últimos tiempos cobró mucha importancia en nuestra sociedad occidental.

Muchos profesionales de la salud la recomendamos, pero quizás no tengas en claro de que se trata, ni cómo empezar.

La meditación es una práctica que nos ayuda a entrenar nuestra mente para sentirnos más relajados corporal y mentalmente, estar presentes y menos distraídos.

Se trata de concentrar la atención, generalmente en la respiración, y frenar o dejar pasar sin juzgar aquellos pensamientos que pueden provocar estrés y que no tienen que ver con lo que estás sintiendo en el aquí y ahora.

¿Cuáles son sus beneficios?

Algunos beneficios de practicar la meditación son:

- Reduce el estrés.
- Reduce la ansiedad.
- Eleva los niveles de paciencia.
- Mejora el estado de conciencia plena.
- Relaja músculos y mente.
- Mejora la concentración.
- Ayuda a la creatividad.
- Mejora la calidad de vida.

¿Cómo podemos empezar a implementarla?

La meditación puede realizarse de forma individual o grupal. Algunas recomendaciones para empezar son:

1) Disponé de un tiempo para comenzar la práctica.

2) Sentate en un lugar cómodo y procurá mantener una postura derecha. También podés elegir acostarte.

3) Cerrá los ojos para potenciar los otros sentidos.

4) Prestá atención a tus apoyos, es decir en como se sienten los pies, los talones, la espalda, etc.

5) Concentrate en la respiración, en como se siente la entrada y salida del aire.

6) Prestá atención en como se relaja el cuerpo con cada exhalación.

7) Podés llevar la atención a tu cuerpo, sentí el movimiento de la respiración, como por ejemplo en la zona abdominal, el pecho, los hombros, date el tiempo y el lugar para conocerte y sentir lo que estás haciendo aquí y ahora.

8) Podés ayudarte a sentir el movimiento llevando tus manos a tu panza.

9) Disfrutá del momento de haber parado por unos minutos y tomarte ese tiempo para vos.

10) Seguramente los pensamientos no tardarán en llegar, es normal, aceptalos sin juzgar, no te critiques por divagar, dejá que pasen, no te detengas en ellos. Apenas te des cuenta que tu atención se dirige a los pensamientos, redirigí tu atención en la respiración.

11) Registrá como se sintió tu cuerpo y mente. Si percibís mayor calma incluí la meditación en tu día, al menos unos minutos, es preferible dedicarle 5 minutos que no realizarla.

12) A medida que puedas intentá aumentar el tiempo.

Hay diferentes formas de meditar y cultivar la atención plena, es importante que puedas investigar cual se adapta mejor a tus preferencias y necesidades. El objetivo de este artículo es invitarte a pensar cuan necesario es esta pausa y tomarte un momento vos mismo.

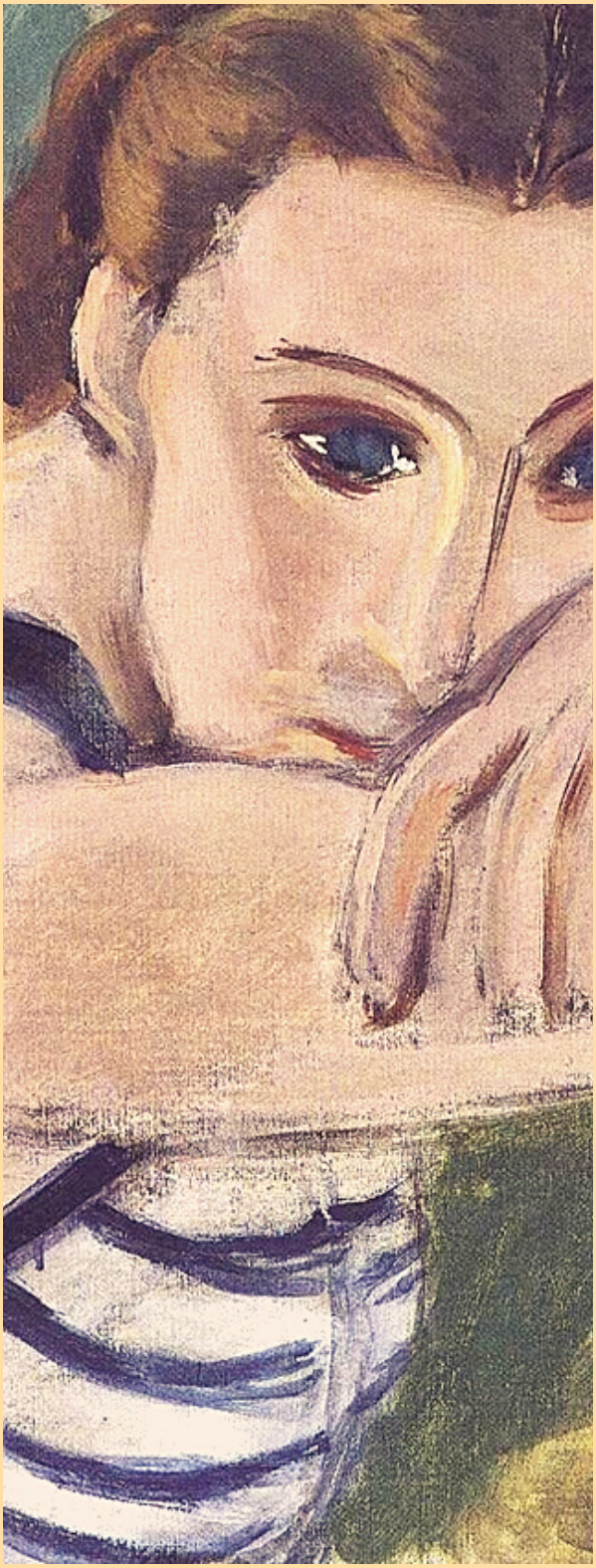
Centro de Capacitación Online

WWW.CURSOSDEPSICOLOGIA.COM.AR

Cursos creados por profesionales de Habilidades Para el Cambio, organización que brinda servicios de salud mental y formación en terapias psicológicas basadas en la evidencia. Se caracteriza por su orientación en Terapia Cognitivo Conductual y Terapias Contextuales

CUANDO LA EXPOSICIÓN CON PREVENCIÓN DE RESPUESTA (EPR) NO BASTA!

POR LIC. VANINA DE JANIN
(SEDE CABA)



Hace un tiempo no muy lejano el TOC era un trastorno poco conocido, de hecho se hablaba de TOC como la epidemia oculta.

El **TOC**, que sus siglas hacen alusión al Trastorno Obsesivo Compulsivo, es un trastorno mental caracterizado por dos componentes:

- **Las obsesiones**, que hacen referencia a pensamientos, impulsos, imágenes o sensaciones que aparecen de forma intrusiva, recurrente y que además causan ansiedad o gran malestar
- **Las compulsiones**, que son pensamientos mentales y / o conductuales, donde la persona intenta ignorar o suprimir estos, imágenes o impulsos (o sea las obsesiones), o bien neutralizarlos con otro pensamiento o acto a fin de disminuir el malestar o prevenir algún suceso temido.

Afecta a un 2,5 a 3% de la población general y su curso es generalmente crónico.

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud, 1990) ocupa el 10mo lugar

dentro de las principales causas de discapacidad. Si a esto le sumamos la alta comorbilidad con Depresión (que ronda alrededor del 60%) podemos darnos una idea del sufrimiento que tienen estas personas.

Un dato muy importante que hay que destacar, es que el período de latencia, o sea ese período entre el inicio de la sintomatología y el diagnóstico, a veces puede ser de hasta 17 años. Esto ocurre por varios motivos: terapeutas no entrenados para diagnosticar ni para tratar el TOC, y por el lado del paciente vergüenza, culpa, miedo y desconocimiento, pero tampoco hay mucha divulgación sobre la sintomatología para que la gente logre identificarlo y pedir ayuda.

Respecto al tratamiento, la Exposición con Prevención de Respuesta (EPR) es el tratamiento de elección o primera línea para el TOC e incluye dos componentes:

- **Exposición (EX):** donde se alienta al paciente a situaciones de confrontar, ya sean estímulos internos o externos, que desencadenan los pensamientos obsesivos.

- **La Prevención de Respuesta (PR):** tiene que ver con la indicación al paciente de abstenerse de hacer cualquier conducta o pensamiento que tenga el fin de prevenir o reducir cualquier consecuencia temida, o de aliviar el malestar producto de las obsesiones.

En un artículo publicado por Walter Baudou, Fernando García y Héctor Fernández Álvarez, los autores dicen que si bien la EPR cuenta con una respuesta inmediata del 40% al 75% en los pacientes tratados y está respaldado con grandes estudios de eficacia, sin embargo en la práctica clínica vemos algunos inconvenientes que ponen en riesgo u obstaculizan el tratamiento:

- Tasas de abandono que rondan el 17%
- Tasa de rechazo media del 15%
- Muchos pacientes rechazan la intervención debido a lo aversivo de la técnica de exposición (más o menos del 30%)
- Otros tienen obsesiones y no realizan compulsiones ni rituales (cerca del 10%)
- Aparecen también problemas con la aplicación de la técnica (como por ej. Usar distractivos durante la exposición, dar reaseguro, fracasar al exponerlos al miedo nuclear, que se nos pasen por alto las compulsiones mentales, y ahora más que nunca la dificultad en pandemia de aplicar EPR a través de la pantalla.

Pero…. ¡La buena noticia siempre aparece!

Podemos ayudar a nuestros pacientes con la Terapia Cognitiva Específica para TOC, modelo propuesto por Amparo Belloch en el marco del Obsessive Compulsive Cognition Working Group (O-CCWG).

Usando esta estrategia de poner en 1er lugar el Modelo cognitivo podríamos bajar

el nivel de resistencia del paciente al tratamiento con EPR ya su vez estaríamos trabajando en otros de los factores de mantenimiento del TOC que son las valoraciones y creencias disfuncionales.

La idea básica del Modelo propuesto por Amparo Belloch es que:

- TODAS LAS PERSONAS TENEMOS PENSAMIENTOS INTRUSOS (PI). Entre el 80 y 95% de la población general ha experimentado alguna vez pensamientos intrusos de contenido típicamente obsesivo

- SOLO EN ALGUNOS CASOS LOS PENSAMIENTOS INTRUSOS SE CONVIERTEN EN OBSESIVOS (solo entre el 1,5 y el 2,5% de la población general tiene TOC)
-
- LOS PENSAMIENTOS INTRUSIVOS SE CONVIERTEN EN OBSESIONES CUANDO LA PERSONA:

1. VALORA SUS PENSAMIENTOS INTRUSIVOS DE MODO DISFUNCIONAL

2. CUANDO INTENTA CONTROLARLOS Y / O NEUTRALIZARLOS

Lo más importante del modelo es que se centra en las Valoraciones y Creencias, donde las interpretaciones catastróficas de los pensamientos intrusos son las que mueven al paciente a hacer esfuerzos exagerados de supresión y control. La valoración es el proceso mediante el cual la persona asigna significado, en este caso el significado que imprime es respecto al pensamiento intruso, en términos de su valor, importancia e implicaciones. En el TOC la VALORACIÓN del PENSAMIENTO INTRUSO es DISFUNCIONAL porque se valora de forma AMENAZANTE. No se lo valora adecuadamente, como un pensamiento y solo eso.

Las creencias son clave para el desarrollo y mantenimiento del TOC, por eso el trabajo psicoterapéutico apunta a ello.

Agrego algunos comentarios de mis pacientes sobre el beneficio de trabajar con Terapia Cognitiva Específica para TOC:

" A mí me benefició trabajar primero cognitivamente las creencias para entender por qué sostenían mis obsesiones y por qué terminaba haciendo las conductas que hacía. Si había trabajado primero EPR no hubiera podido exponerme de la manera en que lo hice. «Es decir, trabajar cognitiva y luego conductualmente me toleraba evaluar la irracionalidad de mis creencias, sentirme segura de mí misma y actuar positivamente»

" No pude dejar de hacer mis rituales hasta que no abordé la parte cognitiva del TOC, que me ayudó a sacarle el miedo a esos pensamientos intrusivos, hasta que entendí que el pensamiento es un pensamiento y que no tiene chance de fusionarse con la acción. Solo así pude hacer EPR y mis obsesiones hoy casi ni molestan "

SUPERVISIÓN CLÍNICA ONLINE GRUPAL/INDIVIDUAL

COGNITIVO CONDUCTUAL

TERAPIAS CONTEXTUALES

DESTINADO A PSICÓLOGOS

A CARGO DE PROESIONALES ESPECIALIZADOS

BIBLIOTECA VIRTUAL

MATERIAL DE APOYO DISPONIBLE

Formaciones Anuales Online
Terapia Cognitivo Conductual
2da y 3era Ola
Terapia Dialéctico Conductual y
Entrenamiento en Habilidades
Trastornos de Ansiedad y del
estado de ánimo
Un sábado por mes
Inicio abril 2022
habilidadesparaelcambio.com.ar

TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN DEL ADULTO (TDAH)

POR LIC. ANDREA BIONDI FOLCO
(SEDE CABA)

¿Mito o realidad?

Aunque existe la creencia de que el TDAH es un trastorno propio de la infancia y la adolescencia, es necesario aclarar que en realidad se trata de un trastorno evolutivo que se mantiene en un alto porcentaje de los casos en la edad adulta. Por esa razón los síntomas varían a lo largo de las distintas etapas de la vida.

¿Como se manifiestan el TDAH en el adulto?

Al TDAH se le considera una condición invisible, frecuentemente es pasada por alto por quienes desconocen el problema. A las personas con TDAH se las ve distraídas, desatentas, olvidadizas y sin control de impulsos; muestran hiperactividad, memoria pobre, aburrimiento, bloqueos, dificultades para el manejo del tiempo, postergación o aplazamiento de sus actividades, dificultad para manejar proyectos a largo plazo, no se fijan en detalles, tienen malas habilidades sociales y dificultades interpersonales.

Quienes los rodean, y que no conocen el problema, perciben a la persona que lo padece como a veces ruda, con mala voluntad, pocos deseos de hacer caso, desobediente, mal educada, egoísta, irresponsable, vaga, con malos modales y con muchos otros atributos negativos de personalidad. Tienden a ser rechazados socialmente en muchas ocasiones por su comportamiento.

Estas conductas socialmente inapropiadas son el resultado de los síntomas del TDAH y crean retos especiales para los adultos en todos los ámbitos de la vida de la persona que los padece. Los problemas en las relaciones interpersonales (pareja, familia, amigos) son frecuente , lo que produce sufrimiento y malestar tanto al entorno como al paciente impacta en la autoestima: Es frecuente también que se desarrollen trastornos de ansiedad y/o del estado de ánimo en un alto porcentaje.

¿Cómo se diagnostica el TDAH?

Los profesionales de la salud mental utilizan las pautas de la quinta edición del Manual diagnóstico y estadístico (DSM-5), para diagnosticar el TDAH. Este estándar de diagnóstico ayuda a garantizar que el diagnóstico y tratamiento de las personas con TDAH se realice de manera correcta. Aquí están los criterios en forma resumida:

Las personas con TDAH muestran un patrón persistente de falta de atención o hiperactividad/impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo:

Falta de atención: seis o más síntomas de falta de atención para niños de hasta 16 años de edad, o cinco o más para adolescentes de 17 años de edad o más y adultos. Los síntomas de falta de atención han estado presentes durante al menos 6 meses y son inapropiados para el nivel de desarrollo de la persona:

- A menudo no logra prestar adecuada atención a los detalles o comete errores por descuido en las actividades escolares, en el trabajo o en otras actividades.
- A menudo tiene problemas para mantener la atención en tareas o actividades recreativas.
- A menudo pareciera que no escucha cuando se le habla directamente.
- A menudo no cumple las instrucciones y no logra completar las actividades escolares, las tareas del hogar o las responsabilidades del lugar de trabajo (p. ej., pierde la concentración, se desvía).
- A menudo tiene problemas para organizar tareas y actividades.
- A menudo evita, le disgustan o se niega a hacer tareas que requieren realizar un esfuerzo mental durante un periodo prolongado (como las actividades o las tareas escolares).
- A menudo pierde cosas necesarias para las tareas y actividades (p. ej., materiales escolares, lápices, libros, herramientas, billeteras, llaves, papeles, anteojos, teléfonos celulares).
- A menudo se distrae con facilidad.
- A menudo se olvida de las cosas durante las actividades diarias.

Hiperactividad e impulsividad: seis o más síntomas de hiperactividad/impulsividad para niños de hasta 16 años de edad, o cinco o más para adolescentes de 17 años de edad o más y adultos. Los síntomas de hiperactividad/impulsividad han estado presentes durante al menos 6 meses al punto que son perjudiciales e inapropiados para el nivel de desarrollo de la persona:

- A menudo se mueve nerviosamente o da golpecitos con las manos o los pies, o se retuerce en el asiento.
- A menudo deja su asiento en situaciones en las que se espera que se quede sentado.
- A menudo corre o trepa en situaciones en las que no es adecuado (en adolescentes o adultos puede limitarse a una sensación de inquietud).
- A menudo no puede jugar o participar en actividades recreativas de manera tranquila.
- A menudo se encuentra “en movimiento”

y actúa como si "lo impulsara un motor".
- A menudo habla de manera excesiva.
- A menudo suelta una respuesta antes de que se termine la pregunta.
- A menudo le cuesta esperar su turno.
- A menudo interrumpe a otros o se entromete (p. ej., se mete en conversaciones o juegos).

Según los tipos de síntomas, pueden verse tres tipos (presentaciones) de TDAH:

- ***Presentación combinada:*** si se presentaron suficientes síntomas de ambos criterios, los de falta de atención y los de hiperactividad/impulsividad, durante los últimos 6 meses.
- ***Presentación en la que predomina la falta de atención:*** si se presentaron suficientes síntomas de falta de atención, pero no hiperactividad/impulsividad, durante los últimos seis meses. .
-.***Presentación en la que predomina la hiperactividad/impulsividad:*** si se presentaron suficientes síntomas de hiperactividad/impulsividad, pero no de falta de atención, durante los últimos seis meses.

Dado que los síntomas pueden cambiar con el paso del tiempo, la presentación también puede cambiar con el tiempo. El TDAH se manifiesta como problemas para controlar impulsos, lo que no permite que los procesos psicológicos llamados "funciones ejecutivas" puedan operar eficientemente. Estas funciones empiezan a desarrollarse a partir del primer año de vida y continúan haciéndolo hasta la adolescencia

¿Qué son las funciones ejecutivas?
Las funciones ejecutivas son actividades mentales que son necesarias para planificar, tomar decisiones que ayudan a controlar, dirigir, organizar, guiar, revisar, regular y evaluar de manera flexible el comportamiento necesario para alcanzar metas y tener una buena adaptación al ambiente. Estas funciones empiezan a desarrollarse a partir del primer año de vida y continúan haciéndolo hasta la adolescencia. Por ejemplo, cuando una persona necesita realizar un trabajo o una actividad las tareas del funcionamiento ejecutivo implicadas deberán dividir el trabajo en partes más manejables.

Realizar un plan de trabajo para ir completando esas partes a tiempo e ir verificando el desempeño a lo largo del semestre. La persona con TDAH no puede hacerlo.

Las pronunciadas y persistentes dificultades que experimentan las personas con TDAH en auto-movilización, organización, gestión del tiempo y esfuerzo sostenido en última instancia interfiere con el logro de metas educativas, ocupacionales y personales a largo plazo.

El rendimiento insuficiente e ineficacia a lo largo de los años, comenzando en la infancia y persistiendo a través de etapas críticas de desarrollo hasta la edad adulta, contribuyen a sentimientos de insuficiencia.

En ocasiones se sienten avergonzados, sienten que han fallado y son reacios para completar sus proyectos. La creencia subyacente típica aquí es «Si no es perfecto, entonces no sirve para nada, y he fallado». Como resultado de este pensamiento, los pacientes pueden evitar o posponer las tareas porque se percibe que implican desafíos insuperables (procrastinación)

Estas emociones negativas constituyen obstáculos adicionales para una autogestión eficaz y deben abordarse en el tratamiento.

¿Cómo podemos ayudar los adultos con TDAH?

El diagnostico eficaz es esencial para poder encarar el tratamiento adecuado. Dado a que suelen presentar comorbilidades y que los profesionales de la salud no siempre están formados acerca de esta condición neurobiologica, estas personas han recibido distintos diagnosticos diferentes a lo largo de la vida y tratamientos no eficaces.

La intervención adecuada contempla el tratamiento combinado y multidisciplinario, adecuado al perfil del paciente, que incluya:
- Terapia Cognitivo-Conductual
- Farmacoterapia especifica administrada por psiquiatra especializado
- Psicoeducación al paciente y su familia
- Estrategias de mejora en el funcionamiento cognitivo/ ocupacional
- Entrenamiento en habilidades sociales.
- Mindfulness: meditación, atención plena.

Este abordaje multidisciplinario propicia una mejor calidad de vida integral en los diversos ámbitos de funcionamiento del paciente en lo personal, social y ocupacional.

GUÍA PARA OPTIMIZAR LA ORGANIZACIÓN DIARIA

POR LIC. ARIANA MATINEZ (SEDE NEUQUÉN)

Sabemos que hoy en día puede resultar difícil establecer una organización que nos permita cumplir con nuestros objetivos y lograr una adecuada gestión del tiempo. Ya sea por un exceso de tareas pensadas, dificultad para resolver problemas que se nos presentan o imprevistos con los que no contábamos, las preocupaciones por no lograr cumplir con lo pensado puede conllevar un malestar significativo repercutiendo en nuestro estado del ánimo, hábitos de sueño, alimentación, tiempo de ocio y disfrute.

Esta guía fue pensada para adaptarse a la situación particular de cada persona, permitiéndole lograr una mayor organización y flexibilización con algo que puede resultarnos tan cotidiano, pero que muchas veces pasamos por alto al funcionar en modo piloto automático.

A continuación les comparto algunos puntos que resultan fundamentales para acercarnos a nuestros objetivos de manera más saludable y adaptativa.

1. **Establecer metas realistas:** para esto es importante atender tanto a factores internos como externos que pueden favorecer o no la concreción de las mismas.

2. **Establecer prioridades:** no saturarnos con la cantidad de tareas pendientes, para ello puede resultar útil establecer la prioridad según el nivel de dificultad, tiempo que conlleve y plazo para realizarla.

3. **Anotar las tareas:** utilizar un dispositivo tecnológico, agenda, planilla, etc. Tachar/ marcar lo cumplido para aumentar la motivación.

4. **Tener en cuenta los momentos más activos del día** para hacer tareas que demanden más atención o sean más difíciles. Combinarlas con tareas sencillas puede ser útil para no saturarnos.

5. **Tomarse minutos de descanso**: establecer horarios si es necesario, tanto para realizar las tareas como para descansar.

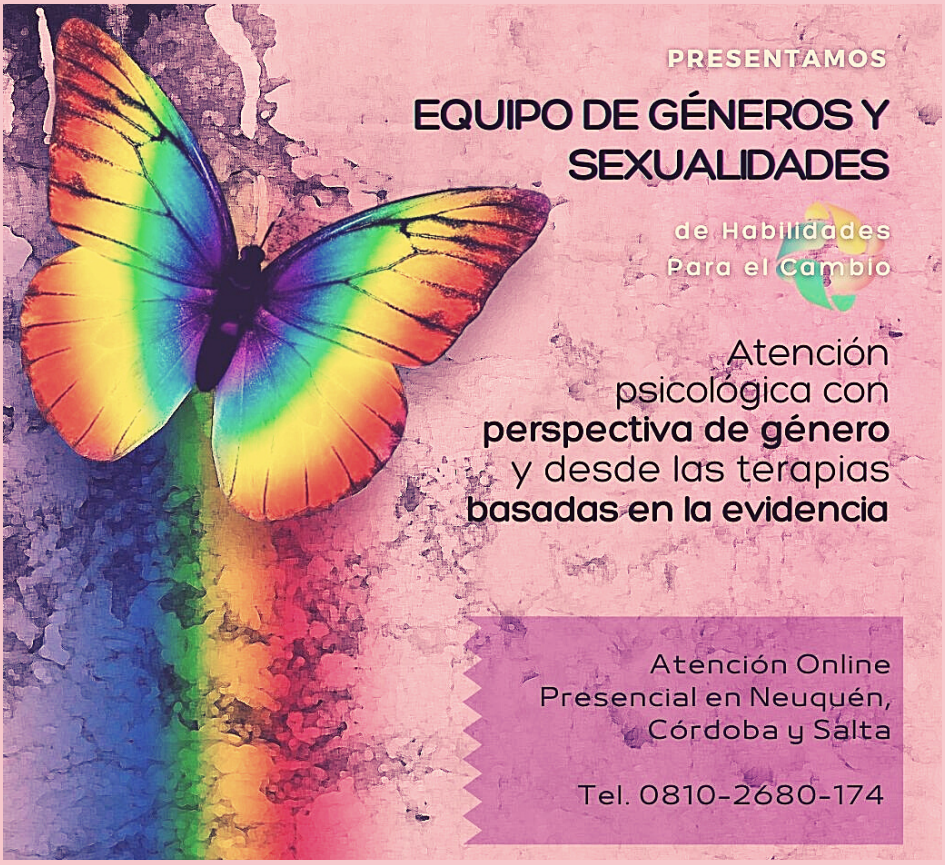
6. **Tener la agenda siempre a mano:** revisarla al inicio y al final de cada día. Elegir la primera hora de la mañana o la última de la noche para organizar el día siguiente.

7. **Ayuda-memoria:** usar alarmas, calendario, recordatorios con anotaciones en lugares visibles.

8. **Hacer una tarea por vez:** intentar disminuir el conocido "cerebro multitarea". Si no logro terminar con una tarea propuesta en el día, la agrego al día siguiente y la priorizo.

9. **Resolución de problemas:** ¿Esta tarea depende totalmente de mí? ¿Qué parte está a mi alcance? En caso de no cumplir con esta tarea, ¿Qué consecuencias tengo? ¿Qué puedo hacer si esto sucede? ¿Cuáles son mis alternativas? ¿Cómo me gustaría hacerlo si vuelve a pasar?

10. **Anticiparse a los posibles obstáculos:** prever la situación y aplicar resolución de problemas si es necesario.



RELACIÓN ENTRE LA EVITACIÓN EXPERIENCIAL Y LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD DESDE LA PERSPECTIVA DE ACT

POR LIC. CAROLINA ARGENTO (SEDE ANDINA)

Los trastornos de ansiedad son uno de los problemas que con más frecuencia se presentan en la práctica psiquiátrica. En Argentina, los trastornos de ansiedad son el tipo de trastorno más prevalente (16.4%) (Cía, 2018). Esto además de significar un alto costo en salud pública, subrendimiento académico y laboral, son factores capaces de generar un alto nivel de sufrimiento personal, problemas en el funcionamiento familiar, en la pareja y en las relaciones interpersonales. Librados a su evolución, sin tratamiento, los trastornos de ansiedad pueden convertirse en condiciones crónicas.

La ansiedad puede definirse como una anticipación involuntaria de temores, daños o desgracias que aún no han tenido lugar y que quizá nunca sucedan, acompañada de un sentimiento de disforia (desagradable) y/o de síntomas somáticos de tensión. El objetivo del daño anticipado puede ser interno o externo. Es una señal de alerta que advierte sobre un peligro inminente y permite a la persona que adopte las medidas necesarias para enfrentarse a una amenaza. Es importante entender la ansiedad como una sensación o un estado emocional normal ante

determinadas situaciones, y que constituye una respuesta habitual a diferentes situaciones cotidianas estresantes. Así, cierto grado de ansiedad es incluso deseable para el manejo normal de las exigencias del día a día. Tan sólo cuando sobrepasa cierta intensidad, o supera la capacidad adaptativa de la persona, es cuando la ansiedad se convierte en patológica, provocando un malestar significativo con síntomas que afectan tanto al plano físico, como al psicológico y conductual.

Resulta lógico esforzarse para que estas vivencias no placenteras desaparezcan o disminuyan, pero cuando se juzga ciertos estados emocionales como malos, muchas veces las acciones dirigidas a evitarlos pueden llegar a tener resultados contraproducentes. Estas estrategias se vuelven infructíferas e incluso pueden causar mayor malestar cuando la vida se reduce a intentar no experimentar tales vivencias.

En los últimos años han cobrado notoriedad las llamadas terapias de tercera generación (o de tercera ola), entre las que destaca la Terapia de Aceptación y Compromiso (Acceptance and Commitment Therapy, ACT). Uno de los supuestos de esta terapia es que **el dolor es parte indesligable de la vida, y que los esfuerzos continuos por evitarlo llevan al resultado paradójico de extenderlo, fenómeno que se conoce como evitación experiencial o vivencial** (Hayes, Strosahl & Wilson, 2014). Así, la Evitación Experiencial (EE) es un fenómeno que ocurre cuando una persona no está dispuesta a ponerse en contacto con experiencias privadas particulares (sensaciones, emociones, pensamientos, recuerdos) e intenta cambiar la forma o la frecuencia de esos eventos y el contexto o condiciones que las generan. Aunque este patrón comportamental pueda resultar aparentemente efectivo a corto plazo (dado que consigue reducir o eliminar temporalmente el malestar y, por tanto, da la razón y potencia la estrategia perseguida), si se convierte en crónico llega a producir una limitación en la vida personal (Hayes 1996; Luciano & Hayes, 2001). El problema es que se genera como "valor" prioritario la necesidad de eliminar signos de malestar, de sentirse bien de inmediato, como un paso previo para embarcarse en acciones valiosas.

Según ACT, una característica en común de los trastornos de ansiedad es la evitación experiencial, donde el paciente ansioso tiende a evitar aquellas acciones o situaciones que supone que le pueden producir o aumentar su ansiedad. Por ejemplo, en la fobia específica, se produce un temor persistente, excesivo o irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situaciones específicas (volar, precipicios, animales, administración de inyecciones, visión de sangre, etc.). La exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad. La persona si bien reconoce que este miedo es excesivo o irracional, trata de evitar la situación fóbica. Estos comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar provocados por las situaciones temidas, interfieren con la rutina normal de la persona, con las relaciones laborales o sociales.

La Terapia de Aceptación y Compromiso pertenece a las llamadas terapias basadas en la evidencia. Teniendo esto en mente, se procedió a intentar corroborar empíricamente las afirmaciones que dicha terapia realiza respecto a la relación existente entre los trastornos de ansiedad y la evitación experiencial. Para ello, se utilizaron herramientas que permiten estimar los niveles de ansiedad (Inventario de Ansiedad de Beck, BAI) y también de evitación experiencial (Cuestionario de Acción y Aceptación - II, AAQ-II) de una persona.

Se les suministró ambos cuestionarios a un grupo de personas que estaban en tratamiento por trastorno de ansiedad (grupo clínico), y también a un grupo de personas que no estaban en tratamiento (grupo no clínico). Como era de esperarse,

el grupo clínico presentó un nivel promedio de ansiedad mayor al del grupo no clínico (Figura 1a), dado que dichas personas acudían a terapia por problemas de ansiedad. En concordancia con lo que propone ACT, el grupo clínico también presentó un nivel de evitación experiencial mayor, ver Figura 1b. Esto puede verse más claramente en la Figura 2, donde cada punto corresponde a una persona que participó en el estudio. En dicha figura, puede observarse que efectivamente hay una tendencia en la que **personas con un nivel mayor de ansiedad presentan también un nivel mayor de evitación experiencial, y viceversa.**

Cuando la evitación experiencial se convierte en una barrera para una vida efectiva basada en valores, ACT propone la adopción voluntaria de una postura intencionadamente abierta a nuestras experiencias internas (pensamientos, imágenes, recuerdos, sentimientos, emociones, impulsos, sensaciones) **permitiéndoles ser como son, sin importar si son placenteras o dolorosas**. ACT aboga por abrirnos y hacerles espacio, abandonar la lucha con ellas y permitirles ir y venir libremente, en su momento oportuno, al mismo tiempo que tomamos medidas guiadas por nuestros valores. El objetivo primordial de la terapia de aceptación y compromiso es, pues, romper la rigidez del patrón de evitación destructivo.

¿TENÉS ALGUNA CONSULTA?

consultas@habilidadesparaelcambio.com.ar

www.habilidadesparaelcambio.com.ar
www.cursosdepsicologia.com.ar
www.instagram.com/habilidades.para.el.cambio
www.facebook.com/habilidades.para.el.cambio