Diciembre 2022
Ed. N°: 009
ISSN 2683-9423

COGNICIÓN Y COMPORTAMIENTO

Publicación semestral
de ALAMOC

Web:
www. alamoc-web.org

Diciembre 2022 | Ed. N°: 009
www.alamoc-web.org

COGNICIÓN Y COMPORTAMIENTO.
Diciembre 2022 | Ed: Nª: 009 | ISSN 2683-9423

Director:
Guillermo Rivera Arroyo

Comité científico:
Luis O. Perez Flores (PSICOSEX)
Héctor Fernández Alvarez (AIGLE)
Juan José Moles Alvarez (CIPPS)
Andrés Roussos(CONICET)
Junta Directiva de ALAMOC

Editor: FUNDACIÓN CATREC
Amenabar 1252 5°"A" +5491165888080
catrecsecretaria@gmail.com

Comité Editorial:
Edgard Pacheco Luza
Julio Obst Camerini
Giselle Vetere
Oswaldo Rodrigues

Diseño gráfico: Luján Pagano

INDICE:

Puntualizaciones acerca de la Terapia de Expos.
Variantes y aplicaciones en los trastornos de ansiedad.....04

La escucha como proceso en la consulta psicoterapéutica.....11

Ejercicio físico como intervención para reducir la fatiga mental en adultos:
una mini revisión sistemática. 16

REGLAMENTOS:

Reglamento de publicaciones en Español
(Descargar)

Regulamento de Publicações em Português
(Descargar).

COGNICIÓN Y COMPORTAMIENTO.
Diciembre 2022 | Ed: Nª: 009 | ISSN 2683-9423

COMENTARIO EDITORIAL

Esta edición de nuestra revista nos permite resumir este año con tres principales eventos: (1) Casi 300 nuevos inscritos de diversos países decididos a realizar su entrenamiento para certificarse como psicoterapeutas cognitivos conductuales. (2) El desarrollo con éxito de nuestro XIX Congreso Latinoamericano realizado en modalidad virtual con muy eficaces recursos los días 29 y 30 de setiembre y 1° de octubre por el Instituto Panameño de Terapias Cognitivas. (3) La decisión de realizar el próximo Congreso Latinoamericano en Santa Cruz de la Sierra, Bolivia, los días 16, 19 y 20 de abril de 2014.

Finalmente, los invitamos a leer los interesantes temas de esta edición y les deseamos a todos muy gratos días festivos en los últimos días de este año y, especialmente, un muy feliz inicio del año 2023.

Julio Obst Camerini

HISTORIA DE ALAMOC

ALAMOC, es la Asociación Latinoamericana de Análisis, Modificación del Comportamiento y Terapia Cognitiva Conductual, y se fundó el 19 de febrero de 1975 en Bogotá, Colombia.

Desde sus comienzos hasta el presente se ha convertido en la asociación de los profesionales de los países latinoamericanos interesados en las Ciencias del Comportamiento y las Terapias Cognitivas Conductuales, y es la representante de América Latina en los congresos mundiales de terapias conductuales y cognitivas (WCBCT).

Los países originalmente miembros de ALAMOC fueron: Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, Ecuador, Estados Unidos, El Salvador, España, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Puerto Rico, República Dominicana, Uruguay y Venezuela, estando abierta a otros países donde existan grupos de profesionales latinoamericanos que deseen pertenecer a la ella.

ALAMOC es una entidad sin fines de lucro que tiene como objeto el fomento, promoción, ejecución, difusión, investigación, evaluación, acreditación, análisis y reflexión del estudio científico y sus avances sobre el comportamiento y la cognición en sus diversos componentes desde una comprensión integral del desarrollo humano y su relación con el contexto hasta los procesos de cambio y recursos psicoterapéuticos.

ALAMOC se ha constituido en la institución que califica y avala no sólo a profesionales, sino también a las instituciones de elevado nivel académico para recomendarlas como Centros de Formación en los diferentes países Latinoamericanos.

El congreso mundial del año 2013, fue el 8° Congreso Mundial de Terapias Conductuales y Cognitivas, y fue organizado por ALAMOC en Lima, Perú.

ALAMOC Diciembre 2022 | Ed. N°: 009
www.alamoc-web.org

JUNTA DIRECTIVA (2019-2023)

Presidente:
Julio Obst Camerini (Argentina)
1er. Vicepresidente:
Luis Pérez Flores (Perú)
2do. Vicepresidente:
José Britos (Paraguay)
Secretario General:
Oswaldo Rodrigues (Brasil)
Secretario Ejecutivo:
Martín Gomar (Argentina)
Tesorera:
Marina Galimberti (Argentina)
1er Vocal:
Wilber Roberto Castellón (El Salvador)
2do Vocal:
Adriana Martinez (Uruguay)
Past-President:
Edgard Pacheco Luza (Perú)

COORDINADORES NACIONALES

Argentina: Ricardo Rodríguez Biglieri
Bolivia: Guillermo Rivera Arroy
Brasil: Wilson Vieira Melo
Chile: Bryan Oyarzún Quintanilla
Colombia: A designar
Costa Rica: Galo Guerra Vargas
Ecuador: Sergio Paz Wactson
El Salvador: María José Chavarría Bolaños
Guatemala: Marckus Rivera Pineda
Honduras: Fátima Duarte Ortíz y Johan Leiva Yanes
México (zona norte): Imelda Alcalá
Nicaragua: A designar
Panamá: Ricardo Turner
Paraguay: Licia Martínez Vazquez
Perú: Elsa Farfán Gonzáles
República Dominicana: Mayra Dietsch Rodriguez
Uruguay: Mariela Goldberg
Venezuela: Navidia García Rodríguez

CONGRESOS DE ALAMOC

Los Congresos Latinoamericanos de ALAMOC ya son tradicionales y en su historia se cuentan las siguientes ediciones:

I CLAMOC: Panamá (Panamá) - 1977.
II CLAMOC: Bogotá (Colombia) - 1979.
III CLAMOC: Santiago (Chile) - 1981.
IV CLAMOC: Lima (Perú) - 1984.
V CLAMOC: Caracas (Venezuela) – 1986.
VI CLAMOC: Montevideo (Uruguay) - 1989.
VII CLAMOC: Guayaquil (Ecuador) - 1991.
VIII CLAMOC: La Paz (Bolivia) - 1994.
IX CLAMOC: Viña del Mar (Chile) – 1996.
X CLAMOC: Caracas (Venezuela) - 1999
XI CLAMOC: Lima (Perú) - 2001.
XII CLAMOC: Guayaquil (Ecuador) - 2003.
XIII CLAMOC: Montevideo (Uruguay) - 2005.
XIV CLAMOC: Sao Paulo (Brasil) - 2010.
XV CLAMOC: Buenos Aires (Argentina) - 2012.
XVI CLAMOC: Asunción (Paraguay) - 2014.
XVII CLAMOC: Panamá (Panamá) - 2016.
XVIII CLAMOC: Lima (Perú) - 2019
XIX CLAMOC: Panamá (Panamá) - 2022

ARTICULOS DE OPINION

Puntualizaciones acerca de la Terapia de Expos
Variantes y aplicaciones en los trastornos de ansiedad

José Dahab, Ariel Minici. Carmela Rivadeneira.
CETECIC

La terapia de exposición es definitivamente la técnica más utilizada y la más efectiva en el tratamiento de la ansiedad patológica. Algunas de las ideas iniciales, planteadas en los años 40 por Isaac Marks y otros psicólogos conductuales de la época, parecen mantenerse hoy prácticamente inalteradas. Tal como él afirmó, ningún tratamiento para el miedo o la ansiedad puede considerarse efectivo si no incluye algún ingrediente de exposición a lo que la persona teme.

En efecto, quien teme de modo patológico a algún hecho real o imaginario de su entorno no podrá considerarse curado si no pone fin a la evitación y finalmente toma contacto con ello. Hay quienes temen a los gatos, las arañas, las multitudes, los monstruos, las personas o lo que ellas puedan decirnos, hacernos o pensar de nosotros, las agujas, las enfermedades, los gérmenes, etc., etc., etc. En cualquiera de estos casos podríamos pasar días hablando de nuestros miedos, recordar cómo se gestaron, reflexionar acerca de qué factores los producen o mantienen, o discutir largas horas sobre su irracionalidad; pero si no logramos acercarnos y tomar contacto con ellos, si no dejamos de escaparles, no estamos curados; punto. El fóbico a las arañas habrá de poder matar al insecto, el que le teme a las multitudes habrá finalmente de ir a un partido de futbol, quien teme a los monstruos deberá poder abrir su placar durante la noche, quien es temeroso de la gente y sus posibles dichos habrá finalmente de afrontar situaciones sociales donde pueda ser juzgado negativamente; en ningún caso una persona que padece de cualquiera de estos miedos podrá considerarse curada si no ha logrado hacer conductas de aproximación a lo que le dispara el temor.

Tan solo pensando con un poco de sentido común uno llega a conclusiones como las anteriores, y **resulta realmente sorprendente que aún existan tratamientos psicológicos aplicados al miedo y ansiedad patológica que no incluyan a la exposición como un elemento clave.**

La terapia de exposición, en su mínima y más sencilla definición, consiste en que el paciente tome contacto con lo que teme, se mantenga en esa situación, permitiendo que la ansiedad aumente, y alcance un pico máximo para luego descender; habrá de repetirse esta acción hasta que se convierta en algo habitual, es decir, que el estímulo del que se trate ya no genere ansiedad. Ahora bien, ¿por qué sucede este proceso descripto? ¿Por qué la ansiedad aumenta, hace un pico y luego baja? ¿Por qué tiene lugar esta curva de ansiedad en los miedos patológicos? O, en otras palabras, ¿por qué la exposición funciona produciendo este patrón típico de respuesta de activación ansiosa que, a largo plazo, siempre decrece y se extingue? Esta pregunta, que toca al corazón mismo del mecanismo de la terapia de exposición, indaga también por qué la ansiedad no se extingue en los casos patológicos.

Si uno desea entender cómo y por qué funciona la técnica de exposición, habremos de buscar la respuesta en los factores de mantenimiento de la

ALAMOC Diciembre 2022 | Ed. N°: 009 www.alamoc-web.org

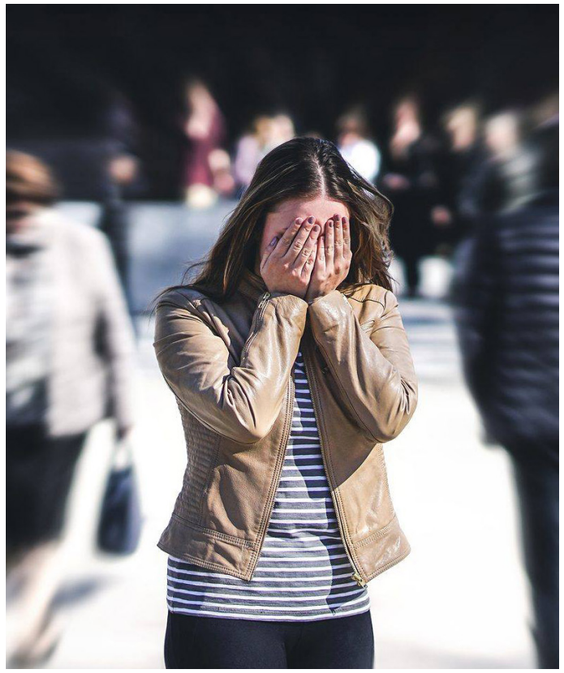
ansiedad patológica. Dicho breve y claramente, en las conductas de evitación y escape. Así pues, quien padece de ansiedad patológica no teme únicamente, sino que también huye; la evitación y el escape son los comportamientos que mantienen el proceso de ansiedad patológica, pues ellos interfieren con el proceso natural de extinción que tendría lugar si la persona no evitara. Es decir, si el fóbico a los insectos, a las tormentas o a los balcones no evitara dichos estímulos, a largo plazo terminaría por extinguir su ansiedad. Lo mismo sucede con cualquiera de las formas que adopta la ansiedad patológica.

En las fobias simples el mecanismo es más sencillo de observar, pero en toda la gama de trastornos de ansiedad asistiremos siempre a un conjunto de conductas de evitación y escape. Estas conductas pueden ser más o menos evidentes, más o menos sutiles, en diferentes planos de respuestas e intensidades, a veces típicas del cuadro y en otras ocasiones muy idiosincrásicas, pero siempre están presentes. **No existe trastorno de ansiedad ni ansiedad patológica sin conductas de evitación y escape.**

Por ello, como terapeutas habremos de estar atentos a tales conductas, dado que no tanto lo que el paciente teme, sino sobre todo lo que el paciente evita es lo que constituye la guía más sólida para establecer el protocolo de la terapia de exposición. Lo que se teme y lo que se evita son dos preguntas críticas en la formulación del caso, lo que se teme y lo que se evita a veces coincide, a veces no, pero siempre están relacionados funcionalmente.

Entonces, reformulando sobre las ideas anteriores, el principio básico de la exposición queda en exponer al paciente a lo que evita, permitiendo que la ansiedad aumente y haga su pico para luego descender, repitiendo esta acción hasta que se transforme en algo habitual y ya no genere más ansiedad. Así dicho, las cosas parecen muy sencillas y muy complejas a la vez.

¿Es tan sencillo como que la persona que teme al encierro, por ejemplo, se suba a un subte toda una tarde y pasee de punta a punta del recorrido durante horas y, así, al bajar estará curada? Pues bien, teóricamente sí, pero las cosas no resultan tan fáciles. Pensemos en la situación de consultorio, donde una persona llega y le cuenta al terapeuta que tiene miedo al encierro y, por ende, no puede viajar en subte, ascensores o trenes. El terapeuta le dice que para curarse lo que debe hacer es subirse a un subte, un ascensor o un tren durante un largo período de tiempo… ¡justamente lo que el paciente no puede! Muy probablemente el paciente no se sentirá comprendido, no regresará y se irá pensando que el psicólogo es un inepto.



Si bien sí es correcto que el núcleo de la terapia de exposición consiste en que el paciente tome contacto con lo que evita, los medios para lograr este objetivo varían mucho y en virtud de ellos tendremos una línea de variantes de la terapia de exposición. Por otro lado, las personas que padecen ansiedad patológica no llegan al consultorio con la claridad

diagnóstica tal como para decirle al psicólogo a qué temen y qué evitan. Por ejemplo, en el reciente caso de la persona que padece temor al encierro, ¿cuál es el foco de su miedo del cual escapa?, ¿el subte?, ¿quedar atrapada?, ¿no poder respirar?, ¿sufrir un ataque de pánico y no poder recibir ayuda?, ¿todos los anteriores? El paciente con ansiedad social nos va típicamente a narrar que tiene miedo de asistir a una reunión, hablar en un grupo, dar un examen oral, reclamar si le trajeron el café frío y pedirle a su jefe unos días extra de vacaciones; nosotros como terapeutas habremos de unir todos esos ejemplos en el denominador común "temor a la evaluación negativa y rechazo de los demás".

De la identificación adecuada del foco de miedo y evitación dependerá gran parte de la efectividad del tratamiento por exposición, lo cual a su vez nos otorga otro criterio para establecer un conjunto de variantes de la técnica. A este último punto nos referimos en lo que sigue del presente trabajo.

La identificación del temor

La ansiedad es patológica cuando su foco no constituye un peligro real. Es por ese motivo que podemos tratarla ayudando al paciente a que se exponga a los estímulos que la disparan, porque sabemos que no habrá peligro objetivo alguno. Ahora bien, ¿cómo sabemos a qué exponer al paciente? ¿Cuál es en cada caso el foco de miedo y, por ende, de evitación?

Michael Eysenck, el hijo del gran psicólogo Hans Eysenck, propuso un modelo de ansiedad patológica denominado "de cuatro factores". La tesis básica sostiene que las personas con alguna forma de trastorno de ansiedad padecen de un sesgo atencional e interpretativo en el procesamiento de la información dirigido a uno de cuatro grandes focos.

- En el Trastorno de pánico el foco de ansiedad es propioceptivo, es decir, centrado en el funcionamiento de las propias sensaciones.
- En la Fobia Social el sesgo se dirige a la propia conducta, esto es, se monitorea la propia acción por su vertiente comunicativa interpersonal.
- En el caso del TOC el sesgo se orienta hacia el propio pensamiento, vale decir, la persona percibe a su propio pensamiento como una fuente de peligro.
- En el TAG el sesgo ansioso es amplio, dirigido a un gran número de situaciones.

La teoría ha recibido fuerte apoyo empírico y en gran medida, al echar mano de algunas etiquetas diagnósticas, las hipótesis nos orientan mucho acerca del entorno de estímulos hacia el cual habremos de apuntar la exposición.

La exposición en las Fobias Simples

Se trata del caso seguramente más claro de todos. Quien padece este diagnóstico puede temer a los perros, los gatos, las tormentas, los truenos, los fantasmas, los espíritus o algún otro objeto relativamente fácil de demarcar en el ambiente externo. La exposición implicará alguna forma de aproximación a ese objeto. Dicha aproximación se puede llevar adelante de forma gradual, implosiva o en algún punto medio entre ambos; podrá adoptar forma imaginaria o en vivo, pero sí o sí, a la larga, la persona deberá tomar contacto directo con lo que teme, abandonando las conductas de evitación y escape; ahí se habrá curado. ¿Y qué hay de los fantasmas, espíritus y otros resucitados?

Ya desde los cuadros más sencillos, la terapia de exposición se encuentra con algunos desafíos de este tipo, los fantasmas no existen ni los muertos regresan, pero la gente les tiene miedo de todos modos. En estos casos el temor constituye una respuesta a un evento imaginario, un hecho de la misma mente de quien lo padece. En general, y si se trata sólo de Fobias Simples, basta con llevar la exposición a los entornos que disparan la aparición de las imágenes que evocan el miedo, como por ejemplo exponerse a dormir a oscuras y destapado o abrir las puertas del placar durante la noche.

ALAMOC Diciembre 2022 | Ed. N°: 009
www.alamoc-web.org

En algunos casos, estos miedos se hallan insertos en un contexto más general de ansiedad patológica que amerita una evaluación ideográfica y otro tipo de tratamiento. Pero nótese que desde los cuadros más simples ya operamos con el principio de "exponerse a lo que se evita": el paciente le tiene miedo a los fantasmas, por lo cual evita mirar hacia su placar durante la noche; consecuentemente, el tratamiento consistirá en que gradualmente mire, se acerque y finalmente abra el placar, que es lo que evita, no lo que teme. Y por si acaso no queda claro, salvo alguna rara excepción, no lo guiamos a que imagine monstruos y fantasmas.

La exposición en el Trastorno por Pánico

De todas las aristas psicopatológicas del Trastorno por Pánico, una de las más sobresalientes es el miedo a las propias sensaciones corporales y, por ende, su evitación. Quien sufre crisis de pánico reacciona con miedo a las sensaciones del cuerpo, como los propios latidos cardíacos, el calor o la transpiración. Tales sensaciones actúan a su vez como disparadores de nuevas oleadas de ansiedad que las vuelven a incrementar, un círculo vicioso en el cual el paciente queda entrampado. Por un lado, el círculo vicioso depende en gran medida de la interpretación de las sensaciones como señales de catástrofes inminentes. Por ejemplo, la persona pensará en el infarto ante la taquicardia o en el desmayo ante el mareo; vale decir, existe sin duda una cognición mediadora entre la señal propioceptiva y el aumento del miedo. Pero esto no es lo único.

Las señales propioceptivas se convierten también en estímulos condicionados de ansiedad, vía condicionamiento pavloviano, y de ese modo adquieren la capacidad de evocar la reacción de miedo sin necesidad de un procesamiento cognitivo complejo. De hecho, esto suele notarse no tanto en las formas severas del cuadro o cuando el paciente ya está en plena crisis de pánico, sino en las formas sutiles, en los inicios de un estado ansioso menor o en la fase final del tratamiento, cuando los pacientes ya aprendieron que la ansiedad no es peligrosa. En todos estos casos, observamos reacciones de malestar, incomodidad y activación ansiosa leve ante las propias sensaciones, sin que el paciente llegue a experimentar una crisis necesariamente. En efecto, el individuo puede saber y recordar que la taquicardia no es peligrosa pero su cerebro límbico sigue reaccionando ante ella como un peligro pues se ha convertido en un estímulo condicionado.

Este es el lugar de la exposición que, en este cuadro, adquiere el nombre de **interoceptiva.** Habremos de encontrar las señales corporales que más específicamente disparan la ansiedad y conductas de evitación en el paciente para luego aplicar los ejercicios que lo expongan a las mismas. Así, si teme a la asfixia o la sensación de falta de aire que le dispara la ansiedad, entonces le enseñaremos un ejercicio para respirar lento y provocar la situación temida; si su temor radica en el mareo, la técnica consistirá en mantenerse parado y concentrado en la propia sensación del equilibrio durante unos cuantos minutos. Sólo así lograremos desactivar el proceso de condicionamiento clásico que opera en la base del cuadro.

Por otra parte, también es claro que los pacientes con trastorno de pánico suelen desarrollar toda una parafernalia de conductas de evitación sutiles para mantener a raya las propias reacciones corporales. Por tal motivo, pueden dejar de hacer deportes o tener relaciones sexuales para no experimentar las sensaciones de su cuerpo. También pueden evitar movimientos o posturas, como acostarse o levantarse rápidamente a fin de no generar un mareo. Todos estos hábitos habrán de ser objeto del tratamiento, pues claramente son conductas de evitación y escape de las sensaciones normales del organismo.

Así, en el trastorno de pánico, la especificidad de la exposición radica en ser **interoceptiva**, esto es, afrontar las sensaciones corporales que se temen y evitan.

La Exposición en la ansiedad social

El miedo a las demás personas adopta muchas formas e intensidades, desde una timidez leve no patológica hasta formas graves denominadas en la actual nosología diagnóstica "Trastorno de Ansiedad Social". Bajo tal rúbrica se ubican un conjunto amplio (y tal vez heterogéneo) de miedos a las interacciones con otras personas. Así, por ejemplo, padece de ansiedad social patológica quien no puede saludar, iniciar o mantener una conversación, preguntar en una reunión de trabajo, aproximarse a alguien que le gusta, comer o escribir en público, comprar un producto y hasta a veces, en las formas más severas, simplemente permanecer esperando un medio de transporte a la vista de otros. Solemos afirmar que el común denominador de todas estas situaciones temidas y evitadas radica en el potencial escrutinio público o, dicho más sencillamente, en que "los demás pueden pensar mal de mí y entonces rechazarme". Entonces la exposición, ¿a dónde habrá de dirigirse?

El tratamiento del Trastorno de Ansiedad Social incluye típicamente una jerarquía de entornos sociales evitados a los cuales el paciente irá exponiéndose, en general de forma gradual y con ayuda de ejercicios de reestructuración cognitiva. De acuerdo a la gravedad, podremos acompañar al paciente y hacer de modelos en alguno de estos escenarios. Pero, justamente, como una de las cosas que más teme y evita el paciente es el rechazo social, habremos de favorecer algunas exposiciones en las cuales el rechazo social sea probable. Ahora bien, surge acá la cuestión crítica de qué es el rechazo social para el paciente que estamos tratando.

Frecuentemente, el rechazo social es una situación social embarazosa que a la mayoría de los seres humanos se nos presenta con alguna frecuencia, la cual sorteamos con un poco de incomodidad y punto. Por ejemplo, puede sucedernos que al ir de compras no nos demos cuenta de que hay una fila de personas esperando y vayamos directamente al mostrador, lo cual genere que nos digan "señor, por favor, haga la fila"; o quizá en el cine nos sentamos en una butaca equivocada, lo cual termina en que al llegar su genuino ocupante nos pida que nos vayamos. Este es el tipo de eventos de rechazo social que se teme y evita a toda costa y, por consecuencia, es el que a veces favorecemos. Por si acaso, no deberíamos exponer al paciente a situaciones sociales claramente vergonzosas como pasearse en ropa interior o hablar en un lenguaje inapropiado, ello sí causaría un rechazo por parte de los demás, pero también podría dañar seriamente la reputación de la persona.

Existe una técnica llamada "terapia de la vergüenza", propuesta hace muchos años por Albert Ellis, el padre de la **Terapia Racional Emotivo Conductual**. Ellis sí proponía ejercicios tal vez un poco más desafiantes, como por ejemplo pedir a un paciente que se pasee con ropa de colores llamativos y una gran sombrilla por un lugar de la ciudad céntrico y concurrido en pleno horario de oficina. El procedimiento sí resulta efectivo para relativizar el catastrofismo vinculado al rechazo social, sobre todo en fases avanzadas del tratamiento, pero muchas veces es innecesario y, obviamente, poco aceptado por los pacientes. La "terapia de la vergüenza" tampoco se enmarca dentro de los actuales protocolos de exposición y, hasta donde sabemos, es poco utilizada en la actualidad

La exposición en el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)

Uno de los síntomas cardinales de TAG es la preocupación patológica incontrolable. El paciente se habla a sí mismo en un lenguaje confuso acerca de problemas que no son problemas, esto es, imagina y se anticipa excesivamente a escenarios negativos catastróficos de bajísima probabilidad y sobre los cuales resulta imposible actuar en el presente.

Por ejemplo, un paciente arquitecto imagina que en 20 años una de sus obras puede derrumbarse por falta de mantenimiento adecuado, lo cual le acarrearía un juicio por mala praxis profesional que terminaría en una condena en prisión. El paciente piensa fútilmente sobre el tema, se asusta, por momentos se tranquiliza diciéndose que él trabaja responsablemente, pero luego piensa que él no puede controlar el trabajo de todos los operarios y que, por difícil que parezca, no es imposible que suceda lo que teme, así el pensamiento regresa una y otra vez. Este tipo de casos son muy frecuentes en la clínica actual. Ahora bien, ¿qué es lo que teme y evita el paciente con TAG? En el caso concreto y citado, está claro que sí teme terminar preso o que se caiga una de las estructuras que él dirige, pero claramente la mayoría de estos pacientes terminan por reconocer la irracionalidad de su temor o, al menos, la imposibilidad de actuar en el presente para resolver algo. ¿Dónde está acá la evitación? **La preocupación patológica es una conducta de evitación de las imágenes catastróficas.**

La psicopatología del TAG es algo más compleja que la de otros cuadros de ansiedad, pero a los fines de este artículo tengamos en cuenta que el cerebro produce imágenes mentales de hechos negativos altamente improbables pero muy graves. Esas imágenes activan fisiológicamente al individuo, quien escapa de ellas interfiriéndolas con una cadena verbal, es decir, preocupándose. Y si bien la preocupación genera angustia, el monto es mucho menor del que se dispararía con una imagen visual. De este modo, las preocupaciones son una conducta de evitación y lo que se evita son las imágenes catastróficas. Por consecuencia, a ellas debemos exponer al paciente.[1]

La exposición específica del TAG se denomina "funcional cognitiva", pues se orienta a recrear y mantener vívidas en la consciencia las imágenes catastróficas temidas, las cuales, por otro lado, no suceden. Naturalmente, el protocolo de tratamiento del TAG es mucho más amplio, pero la exposición funcional cognitiva cumple un rol crítico.

La exposición en el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC)

Al hablar de TOC, debemos contemplar a una entidad que admite un amplio conjunto de subtipos, tanto así que para algunos no se trata de una entidad sino de varias, o tal vez de un espectro en el cual se presentan muchas combinaciones de procesos y síntomas de variada intensidad. Por otro lado, vale remarcar que en la última edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Desórdenes Mentales (DSM 5), el TOC salió del capítulo de los Trastornos de Ansiedad para conformar uno aparte e independiente. Ello no significa para nada que la exposición no tenga en el tratamiento de este cuadro un rol fundamental; todo lo contrario, la terapia de exposición constituye la técnica psicológica de primera elección, pues a todas luces resulta la intervención de corte psicológico más eficaz. Pues bien, ¿qué teme y qué evita el paciente con TOC, entonces?

La respuesta fácil es que el paciente teme y evita a sus obsesiones mediante sus compulsiones. De hecho, existe entre ambas una relación funcional, pues mientras las obsesiones disparan el malestar, las compulsiones lo alivian. Por lo tanto, la intervención principal consiste en exponer al paciente a las obsesiones o las situaciones disparadoras de las mismas, al tiempo que impedimos que se lleven adelante las compulsiones. Y si bien esto es correcto, apenas nos da un panorama de lo que en la práctica verdadera hay que hacer.

El primer problema arranca en que las definiciones de obsesiones y compulsiones constituyen categorías amplias que pueden contener fenómenos psicológicos disímiles. Por otro lado, frecuentemente nos encontramos frente a variantes que no cumplen claramente los criterios de ambos conceptos (obsesiones y compulsiones). Así, por ejemplo, tiene un TOC la persona que imagina gérmenes en el pasamanos del colectivo y ejecuta compulsiones de lavado, pero también quien tiene pensamientos intrusivos de abusar de un niño, y por lo tanto se aleja de las plazas y los parques. El primero es un clásico TOC de subtipo contaminación; el segundo,

de pseudopedofilia. Llamamos TOC atormentado al que se caracteriza por obsesiones que se alivian con compulsiones mentales o evitador al que alivia sus obsesiones previniendo situaciones que le dispararán las obsesiones. Dada la cantidad de formas y variantes que puede adoptar el cuadro, resulta imprescindible efectuar un análisis ideográfico pormenorizado del caso a los fines de conocer qué evita el paciente y, por ende, a qué se lo habrá de exponer.

Por ejemplo, en los casos más difundidos de contaminación llevaremos adelante una jerarquía de exposición relacionada con objetos progresivamente más contaminados (claro está, en la imaginación del paciente), desde un sillón de nuestro propio consultorio hacia, tal vez, el uso de un baño público de asistencia masiva. Justamente, como se trata de obsesiones y malestar relacionado con el contacto y es eso lo que se evita, el paciente debe aproximarse, la esencia de la técnica está en la exposición por acercamiento. Contrariamente, en los casos de TOC de verificación, la parte más crítica del procedimiento radica en la prevención de la respuesta, o sea, en que el paciente no verifique (la llave del gas, la cerradura de la puerta, etc.), porque lo que el individuo evita es contener un impulso que lo lleva a "compulsivamente" ejecutar un acto inútil pero que calma su malestar. Por tal motivo, debemos exponerlo al propio malestar subjetivo que se dispara por la misma prevención de la respuesta.

La idea central de este artículo, **"exponer al paciente a lo que evita y no a lo que teme",** no puede ser mejor apreciada que en el entorno del TOC, un cuadro que nos sorprende con variantes, temores y evitaciones poco comunes. El TOC es tal vez el cuadro en el cual más deberemos afinar la puntería para no perder de vista el objetivo crítico de la exposición, esto es, lo que el paciente evita.

CONCLUSIONES:

La conclusión más evidente y simple de este artículo ha sido repetida varias veces a lo largo del texto; en síntesis, "en los casos de ansiedad patológica, la técnica de exposición habrá de centrarse en lo que el paciente evita y no en lo que teme". Esta conclusión conduce inevitablemente a la revalorización de una adecuada y pormenorizada evaluación conductual, basada en el análisis funcional.

Si bien la categorización diagnóstica propuesta por el DSM debe operarse y es sin duda útil, nunca logra capturar toda la complejidad del caso, no al menos como la necesita el **terapeuta cognitivo conductual** a los fines de planificar y conducir la intervención. En este sentido, la evaluación ideográfica fundada en el análisis funcional tiene un rol esencial irremplazable, particularmente en los casos de trastornos de ansiedad y ansiedad patológica en general. Esto incluye la tarea irremplazable de distinguir lo que el paciente teme, lo que evita y cómo lo evita, vale decir, cuáles son las conductas de evitación que lleva a cabo. Y, a propósito de esto, recordemos que las conductas de evitación se definen no por su forma sino por su función y que, por ende, pueden adoptar formas francas y evidentes (como escapar físicamente de una situación o no asistir a un entorno social) o disimuladas y sutiles (como tomar agua para eludir la sensación de atragantamiento).

Somos conscientes de que hemos dejado fuera de este artículo un conjunto de patologías relacionadas con la ansiedad y que también requieren a la exposición como ingrediente técnico fundamental. Así, por ejemplo, el Trastorno por Estrés Postraumático o la Ansiedad ante la Salud son cuadros en los cuales se aplica todo lo que hemos discutido en este artículo. Probablemente serán tema de un próximo trabajo.

ALAMOC Diciembre 2022 | Ed. N°: 009
www.alamoc-web.org

ARTICULOS DE OPINION

La escucha como proceso en la consulta psicoterapéutica

Ps. Halder Delgado
Instituto de Psicología y Terapias Conductuales PSITEC
consultorio.psitec@proton.me

Los psicólogos y psiquiatras que hemos recibido un mínimo de formación terapéutica en modelos psicodinámicos, tuvimos la oportunidad de conocer sobre la famosa 'regla de oro' para los psicoanalistas; como lo menciona Freud (citado en Braier, 2016a) la "asociación libre" constituye la regla fundamental en el tratamiento psicoanalítico, que consiste en que los consultantes expresen verbalmente "todo cuanto se le pase por la cabeza". Asimismo, Freud propone que el terapeuta debe practicar una "atención flotante", Braier (2016b) la entiende como una "atención neutra", y recuerda que Freud la describe como "escuchar con atención en la que no se descarta nada".

Si algo podemos reconocer a los modelos psicodinámicos, es el extenso tiempo que le dedican a la escucha en sus respectivas sesiones, en concordancia a su 'regla de oro' la cual no podría ser tal sin que el psicoanalista realice una escucha muy atenta.

De aquí en adelante propongo revisar conceptos más actuales, y que estos sean el inicio de una búsqueda más amplia para cuando tengamos la oportunidad o necesidad de operacionalizar la interacción entre un consultante que realiza la conducta de hablar y un terapeuta que realiza la conducta de escuchar.

¿Escuchar y oír, es lo mismo?

Desde un punto de vista filosófico, Echeverría (2005) hace distinciones en estos conceptos, señala que el acto de escuchar siempre implica comprensión y, por lo tanto, interpretación; explica que oír es un fenómeno biológico, es una capacidad de distinguir sonidos en nuestras interacciones con nuestro entorno, mientras que el acto de escuchar es cuando se atribuye interpretación a esos sonidos que percibimos.

Esta distinción parece relevante para el proceso psicoterapéutico, ya que el autor refiere que "El factor interpretativo es de tal importancia en el fenómeno del escuchar que es posible escuchar aun cuando no haya sonidos y, en consecuencia, aun cuando no haya nada que oír. Efectivamente, podemos escuchar los silencios. Por ejemplo, cuando pedimos algo, el silencio de la otra persona puede ser escuchado como una negativa. También escuchamos los gestos, las posturas del cuerpo y los movimientos en la medida en que seamos capaces de atribuirles un sentido. Esto es lo que permite el desarrollo de lenguajes para los sordos. El cine mudo también proporciona un buen ejemplo de cómo podemos escuchar cuando no hay sonidos. El oír y el escuchar, son dos fenómenos diferentes"…, insiste el autor, dejando a la luz que el acto de escuchar también implica prestar bastante atención a toda esa interacción que ofrece el consultante de turno, y por lo tanto podemos ubicar a la escucha como procedimiento transversal en cada una de nuestras sesiones. Por todo lo mencionado, se puede inferir que el escuchar está lejos de ser una acción pasiva.

Conducta no verbal

Es importante que un terapeuta cuente en su repertorio de conductas, la capacidad de discriminar las conductas no verbales y sus posibles significados. Según Cormier et al. (2009), las conductas verbales

de los consultantes son claves de sus emociones y de forma global son parte de sus expresiones personales.

Estas conductas pueden representar un misterio, es decir, pueden contener una "información secreta". Para Knapp (citado en Cormier et al., 2009) es útil reconocer las señales no verbales que apoyen los mensajes verbales, para lo cual propone seis formas:

a) Repetición, es cuando la conducta no verbal repite a través de gestos el mensaje verbal.
b) Contradicción, cuando el mensaje verbal es diferente a la conducta no verbal.
c) Sustitución, es cuando el mensaje no verbal sustituye al mensaje verbal.
d) Complementación, es cuando el mensaje no verbal complementa el mensaje verbal.
e) Acento, es cuando el mensaje no verbal llega a hacer énfasis en el mensaje verbal.
f) Regulación, es cuando la conducta no verbal favorece la emisión del mensaje verbal del consultante, para regular el flujo de la conversación.

Estas conductas son solo una muestra de la utilidad que puede otorgar el prestarle atención a la conducta no verbal, existe un amplio inventario de conductas no verbales que influyen en la comunicación, según Cormier et al. (2009), estas están contenidas en las siguientes dimensiones:

1) **Kinestesias**
2) **Paralingüísticas**
3) **Proxemias**
4) **Factores ambientales**
5) **El tiempo**

La capacidad de aplicación de un análisis de la conducta no verbal es una habilidad que particularmente puede mejorar el trabajo de un terapeuta conductual, ya que puede reconocer y señalar determinadas conductas como ser, habilidades sociales efectivas o inefectivas (Eisler & Frederiksen, citados en Cormier et al. 2009).

Respuestas de escucha del terapeuta

En lo que corresponde a este apartado, es difícil no estar de acuerdo con Cormier et al. (2009) cuando señala que "La escucha debería preceder a cualquier cosa que se haga en la terapia, cuando un terapeuta no escucha, el consultante puede sentirse desmotivado para la autoexploración, puede llevarnos a un problema erróneo o puede proponernos una estrategia prematuramente. Para lo cual describe que la escucha incluye los siguientes tres procesos

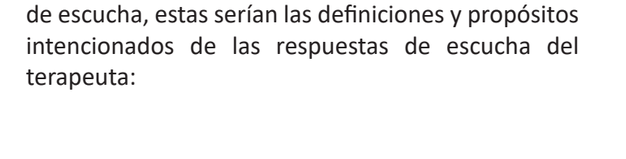


Figura 1. Procesos de la escucha (Basada en Cormier et al. 2009)

El autor también nos señala que existen diferentes modalidades sensoriales: 1) visuales, 2) auditivas, 3) kinestésicas. Debido a que las respuestas de escucha son una forma de transmitir empatía e interés, el autor, considera importante el tratar de conectar con las palabras sensoriales que selecciona el consultante, para responderle. Si el consultante emplea palabras de orientación kinestésica, se recomienda seleccionar un tipo de frases que coincidan con estas palabras. Por ejemplo: Si el consultante refiere que "estoy sintiendo que…", podemos emplear la frase "tengo la sensación…" o "percibo que…". Lo que debemos tener muy en cuenta es, que mientras mas apliquemos esta forma de interacción, los consultantes se sentirán escuchados y mejor comprendidos, porque de esa manera se muestra que como terapeutas tenemos la capacidad de ver las cosas desde el marco de nuestros consultantes.

Para Cormier et al. (2009) existen cuatro respuestas de escucha, estas serían las definiciones y propósitos intencionados de las respuestas de escucha del terapeuta:

ALAMOC Diciembre 2022 | Ed. N°: 009
www.alamoc-web.org

1. Clarificación

1.1. Definición

Consiste en realizar una pregunta, que se utiliza frecuentemente detrás de un mensaje ambiguo del consultante y que empieza con: "¿Quieres decir que…?" o "¿Estás diciendo que…?" seguido de una parte o todo el mensaje previamente emitido por el consultante.

1.2. Propósito

Puede utilizarse para explicitar el mensaje previo del consultante y para confirmar la exactitud de su percepción del mensaje. También puede ser apropiada en cualquier circunstancia en la que el terapeuta no esté seguro de haber entendido el mensaje del consultante y necesite una mayor especificación.

2. Paráfrasis

2.1. Definición

Es similar a la clarificación y se define como la repetición de la parte del contenido del mensaje que describe una situación, acontecimiento, a una persona o una idea.

2.2. Propósito

El uso de la paráfrasis advierte al consultante que usted ha comprendido su mensaje, ya que si su comprensión es incompleta los consultantes pueden ampliar o clarificar sus ideas.
Puede animar al consultante a profundizar una idea o pensamiento clave. también ayuda al consultante a centrarse en una situación, suceso, idea o conducta particular.

3. Reflejo de sentimientos

3.1. Definición

Es la repetición de los sentimientos o la parte afectiva del mensaje del consultante, generalmente la parte afectiva del mensaje revela los sentimientos del consultante sobre el contenido.
El reflejo es similar a la paráfrasis, pero difiere de ésta en el tono o componente emocional que le añade al mensaje.

3.2. Propósito

Anima a los consultantes a expresar más sentimientos (positivos como negativos) una persona, situación o cualquier otro particular, ayuda a los consultantes a manejar los sentimientos. Si se utiliza con efectividad y precisión, ayuda al consultante a sentirse comprendido.
Es importante aclarar que, la expresión de los sentimientos no es un fin en sí mismo, es más un medio para que el consultante y el terapeuta entiendan el conjunto del problema o situación.
También se utiliza, cuando los consultantes que expresan sentimientos negativos sobre la terapia o sobre el terapeuta. El empleo del reflejo en estas situaciones permite a los consultantes saber que el terapeuta entiende sus sentimientos de tal modo que la intensidad del enfado tiende a disminuir.

4. Síntesis

4.1. Definición

Es una prolongación de las respuestas de paráfrasis y reflejo que implica unir y repetir dos o más partes diferentes de uno o varios mensajes.

4.2. Propósito

Consiste en unir los múltiples elementos que surgen en los mensajes del consultante. Asimismo, ayuda a identificar un tema o patrón común que se deja ver después de muchos mensajes y en ocasiones después de múltiples sesiones.
A veces, el terapeuta puede sintetizar para interrumpir la divagación del consultante si fuera necesario. También se puede emplear para moderar el ritmo de una sesión que avanza demasiado rápido.

Este apartado nos señala la relevancia de la intervención que puede ejercer el terapeuta, las respuestas de escucha empleadas de forma adecuada podrán ayudar a superar los obstáculos que puedan presentarse. Según el terapeuta practique e incluya estas habilidades a su repertorio de conductas, probabilizará la mejora de sus destrezas de entrevista como también la relación terapéutica.

Escucha activa

Cuando buscamos realizar una comunicación eficaz, se suele recomendar desarrollar habilidades de escucha activa. Según Gordon y Edwards (citados en Perpiñá et al. 2012), escuchar requiere de un proceso mental y físico en el que el entrevistador no sólo ha de hacer muchas cosas por captar el mensaje referencial y emocional de su interlocutor, sino, más importante aún, ha de hacer ver y entender a nuestro consultante que está siendo escuchado, atendido, y entendido.

Como señalamos anteriormente, existen pasos básicos para poder llevar a cabo el proceso de escucha (Figura 1), los cuales sugieren que es importante saber observar primero y actuar después.

Para escuchar y atender:

- Ver desde el punto de vista del consultante sin juzgarlo.
- Permanecer en silencio, en primer lugar, ignorando las distracciones internas como externas.

Para manifestar y hacer explícito lo que se está escuchando:

- Llevar la atención a la conducta no verbal, establecer contacto visual con el consultante, y retroalimentar a través de nuestro propio lenguaje corporal. Por ejemplo, asentir con la cabeza cuando estamos de acuerdo.
- Para la comunicación verbal, se sugiere usar técnicas no directivas: clarificación, paráfrasis, reflejo de sentimientos, y síntesis.

La escucha que no ayuda

En este apartado les propongo un debate, hemos visto de manera breve, varios argumentos que resaltan una y otra vez la importancia de la escucha en psicoterapia, y como puede llegar a ser un proceso con cierta complejidad y muy activo, que requiere de un desarrollo de habilidades por parte del terapeuta.

Esto porque no solo debe tener la habilidad de empatizar con los consultantes, si no también saber cuándo y como modular sus respuestas de escucha, para no evocar malentendidos en los mismos. Alcanzar ese punto de equilibrio puede llegar a ser todo un desafío, el cual con la práctica necesaria puede ser aprehendido.

Es en este contexto que les propongo reflexionar, sobre aquellas ocasiones en las cuales hemos evidenciado que, en cierto caso, la escucha terapéutica está teniendo una función de refuerzo negativo para dicho consultante, es decir, que el exceso de conducta verbal está siendo parte de su repertorio de conductas relacionadas con la evitación experiencial. Por lo cual, es recomendable realizar una toma de decisiones, para encaminar a nuestro consultante hacia el afrontamiento del malestar que puede generar la modificación de las respuestas de escucha que realice el terapeuta. Las terapias conductuales en particular -a través del análisis funcional- tienen los procedimientos adecuados para explicar y proponer soluciones para cuando este problema sea identificado.

Considero oportuno denotar que la conducta de escucha por parte del terapeuta, no se presenta solo como eventos privados, también se presenta en diferentes morfologías, y estas siguen objetivos terapéuticos, es decir, no escuchamos solo por escuchar en una postura neutra, sino que intervenimos funcionalmente a través de nuestra respuesta de escucha, para que el consultante pueda adquirir habilidades necesarias que le ayuden a solucionar la problemática que presentan.

En esta misma linea, podemos realizar una reflexión adicional, y aprovecho la oportunidad para despedirme con la siguiente pregunta: ¿Los modelos terapéuticos que no son basados en evidencia, se hacen responsables cuando su método de escucha no está ayudando a sus consultantes?

ALAMOC Diciembre 2022 | Ed. N°: 009 www.alamoc-web.org

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Braier, E. (2016a). *El diálogo psicoanalítico ayer y hoy.* ¿Qué ha sido de la asociación libre y de la atención flotante? Primera parte: Asociación libre. La regla fundamental psicoanalítica. Intercambios, papeles de psicoanàlisis/Intercanvis, papers de psicoanàlisi, (36), 7-28.

Braier, E. (2016b). *El diálogo psicoanalítico ayer y hoy.* Segunda parte: Asociación libre (continuación). La atención flotante, ¿Segunda regla de oro del psicoanálisis?. Intercambios, papeles de psicoanàlisis/Intercanvis, papers de psicoanàlisi, (37), 13-33.

Cormier, S. & Cormier, W. (2009). *Estrategias de entrevista para terapeutas: Habilidades básicas e intervenciones cognitivo-conductuales.* Bilbao. Desclée De Brouwer.

Echeverría, R. (2005). *La Ontología del lenguaje.* México. Granica JC Sáez Editor

Perpiñá, C., Coord. (2012). *Manual de entrevista psicológica: Saber escuchar, saber preguntar.* Madrid. Pirámide

ARTICULOS DE OPINION

Ejercicio físico como intervención para reducir la fatiga mental en adultos: una mini revisión sistemática

MSc. Nicolas Arancibia-Levit
Coordinador Postítulo Internacional en Terapia Cognitivo Conductual UPSA- ALAMOC
nicolasarancibia@upsa.edu.bo

RESUMEN

Antecedentes: La fatiga mental es un estado de cansancio y disminución del funcionamiento cognitivo, presente tanto en patologías físicas como mentales. Algunas intervenciones basadas en ejercicio físico están siendo promovidas para la disminución de fatiga mental. La presente revisión apuntó a identificar la evidencia disponible al respecto.

Metodología: Se realizó una búsqueda sobre intervenciones de ejercicio físico y fatiga mental en la base de datos ScienceDirect. A continuación, se filtraron los resultados siguiendo criterios de inclusión y exclusión diseñados bajo el modelo PICO. El proceso se resumió en un diagrama PRISMA, arrojando 5 artículos finales para su evaluación completa. A continuación, se comparó los datos de estas investigaciones y se evaluó la calidad de sus metodologías.

Resultados: De los 5 artículos, 4 tienen como participantes a sobrevivientes de cáncer y el restante a adultos saludables. Las intervenciones de ejercicio incluyen Ejercicio Combinado de Resistencia, Euritmia Terapéutica, Ejercicio Acuático enfocado en aeróbicos, Yoga para Sobrevivientes de Cáncer (YOCAS), Tai Chi y Zumba Gold. La duración y la frecuencia de las intervenciones varían, al igual que la edad de los participantes. Todos los estudios muestran reducciones significativas en los niveles de Fatiga Mental. La metodología de sólo un estudio cumple con los criterios de calidad metodológica elevada. Por otra parte, tres estudios fueron categorizados como de calidad metodológica moderada y uno de ellos como calidad metodológica baja.

Conclusiones: El ejercicio físico como intervención parece ser efectivo en el proceso de recuperación de la Fatiga Mental para una población adulta. Se encontró una variedad de ejercicios, frecuencias y duraciones de intervención. Sin embargo, la evidencia disponible muestra vacíos metodológicos que deben ser tomados en cuenta por futuras investigaciones.

ANTECEDENTES

La fatiga mental puede entenderse como lo experimentado durante o después de períodos prolongados de actividad cognitiva (Boksem & Tops, 2008). Se caracteriza por un estado de cansancio y disminución del funcionamiento a nivel cognitivo (APA, 2022). A pesar de estar presente en la vida diaria y como una experiencia común en condiciones normales, la fatiga mental también ha sido observada durante y después de patologías como el cáncer, lesiones cerebrales o el Síndrome de Taquicardia Postural (Visser-Keizer et al., 2015), así como en trastornos mentales como ansiedad, depresión y estrés (Gavelin et al., 2020). A pesar de las investigaciones que señalan la Fatiga Mental como un factor de la fatiga general, también se la ha considerado como un fenómeno que se puede estudiar de forma específica (Gullo et al., 2019).

Por otro lado, la evidencia sugiere que las intervenciones de ejercicio físico serían efectivas para prevenir el deterioro cognitivo (Stillman et al., 2020). La mayor parte de los estudios se centran en los efectos positivos del ejercicio aeróbico sobre la cognición (Sexton et al., 2020). Sin embargo, sus beneficios sobre el proceso de recuperación de la Fatiga Mental han sido menos estudiados. En consecuencia, esta mini revisión sistemática (MSR) tiene como objetivo identificar y resumir la evidencia disponible que alcanza la efectividad de las intervenciones de ejercicio para reducir la fatiga mental en la población adulta.

MÉTODO

La búsqueda se realizó en la base de datos ScienceDirect utilizando las palabras en inglés "exercise intervention" AND "Mental Fatigue", resultando en 110 artículos encontrados. Después de una selección inicial en base al título, los artículos fueron filtrados siguiendo criterios de inclusión/exclusión (Apéndice A), buscando mantener solo aquellos que estaban relacionados con el tema. Durante esta etapa se excluyeron todo tipo de revisiones sistemáticas, así como trabajos cualitativos, debido a consideraciones metodológicas al momento de planificar esta mini RS. De los 30 artículos restantes, uno era inaccesible debido a falta de permisos. A continuación, se realizó una revisión de abstracts en los 29 artículos restantes, siguiendo un criterio de inclusión/exclusión más detallado (Apéndice B). Al final de este proceso, 5 artículos fueron seleccionados y recuperados para su análisis completo. El proceso completo de selección se refleja en un diagrama de flujo PRISMA (Apéndice C).

Los datos de los estudios fueron extraídos y comparados utilizando una tabla de extracción de datos (Apéndice D) tomando en cuenta las categorías: participantes (edad, género, antecedentes específicos), intervención (tipo de ejercicio, duración de la intervención, frecuencia de las sesiones), metodología y resultados relevantes. La calidad metodológica de los estudios se evaluó con La Herramienta de Evaluación de Calidad para Estudios Cuantitativos - The Quality Assessment Tool for Quantitative Studies (QATQS) propuesta por Armijo-Olivo et al (2012) (Apéndice E).

RESULTADOS

Los 5 artículos se publicaron entre 2008 y 2020, siendo 3 de ellos publicados entre 2012 y 2015. Los participantes incluyen sobrevivientes a distintos tipos de cáncer y adultos sanos, con un total de 361 varones y mujeres. La edad de varió dentro de los estudios, con medias entre 42,2 y 67,91, aunque un artículo no especifica este dato. Las intervenciones de ejercicio incluyeron Ejercicio Combinado de Resistencia (Dimeo et al, 2008) (S1), Euritmia Terapéutica (Kanitz, et al 2012) (S2), Ejercicio Acuático enfocado en aeróbicos (Cantarero-Villanueva et al, 2013) (S3), Yoga para Sobrevivientes de Cáncer (YOCAS) (Sprod et al, 2015) (S4), y Tai Chi comparado con Zumba Gold (Kasim et al, 2020) (S5). La duración y la frecuencia de las intervenciones de ejercicio también variaron ampliamente, con un rango de 3 a 12 semanas de duración y una frecuencia de sesiones de una a tres veces por semana (Apéndice D)

Todos los estudios intentaron medir los cambios en fatiga general e incluyeron la Fatiga Mental como un componente. Las herramientas de medición utilizadas para evaluar la Fatiga Mental fueron los cuestionarios de autoinforme: Índice de Fatiga Multidimensional (MFI-20), Inventario de Síntomas de Fatiga Multidimensional - Formato Corto (MFSI-SF) y Escala de Fatiga de Piper (PFS).

Evaluación de Calidad de Artículos:

Bajo los criterios de QATQS, los estudios fueron categorizados según su calidad metodológica en: Fuerte, Moderada y Débil, como se describe a continuación:

Calidad metodológica fuerte:

Sólo un estudio cumplió con los criterios de esta categoría. A pesar de haber reclutado a los participantes a través de un Hospital, el estudio S3 explica claramente el proceso de aleatorización de

la muestra. También evitó sesgos al hacer que los datos estuvieran en sobres opacos, abiertos por un investigador "ciego". Además, esta investigación fue la única que realizó una encuesta de seguimiento después de 6 meses de la intervención. También controló variables de confusión al excluir a los participantes que estaban bajo tratamiento oncológico al momento del estudio.

Calidad metodológica moderada:

Los estudios S1, S4 y S5 alcanzaron una calidad metodológica moderada. Los participantes en S1 y S4 fueron reclutados de la base de investigación de las universidades, mientras que S6 publicó carteles en su comunidad local. Además, S1 no menciona la asignación al azar de los participantes. En cambio, S4 y S5 mencionan realizar la aleatorización, pero no mencionan el método ni el proceso seguido para ello. Con respecto al proceso de cegamiento, ninguno de los tres estudios menciona si los participantes estaban expuestos o no al objetivo del estudio, ni si los investigadores siguieron un proceso de cegado durante la asignación al azar.

Calidad metodológica débil:

S2 se clasificó como de calidad metodológica débil debido a varias razones. Los participantes de este estudio eran personal y padres de escuelas específicas. Además, si respondían tarde al anuncio de reclutamiento, tenían la opción de elegir estar en el grupo de control o no participar. Adicionalmente, no se menciona ningún proceso de aleatorización de participantes. En cuanto al cegamiento, el artículo afirma que los participantes estaban deseosos de ser parte de la investigación, con el objetivo de reducir el estrés. Esto implica una posible influencia de las expectativas en los resultados. Por otra parte, la herramienta de medición utilizada por esta investigación está diseñada originalmente para evaluar la fatiga mental en pacientes con cáncer. El proceso estadístico S2 no evaluó la validez de esta herramienta para ser utilizada en población sana. Para finalizar, los autores reconocen que no es posible realizar una comparación de fatiga entre el grupo de intervención y el grupo control debido a las diferencias significativas en las medidas de base.

Eficacia de las intervenciones:

Las intervenciones aplicadas, tanto a sobrevivientes de cáncer como a adultos sanos, informaron una disminución en la fatiga mental después de diferentes intervenciones de ejercicio.

Los sobrevivientes de cáncer en S1 que realizaron ejercicios de resistencia y resistencia/coordinación durante 3 semanas redujeron significativamente su fatiga mental, así como los niveles de fatiga física. Asimismo, las sobrevivientes de cáncer de mama en S3 reportaron un gran efecto en la reducción de la Fatiga Mental inmediatamente después de una intervención de Ejercicio Acuático enfocado en aeróbicos 3 veces por semana durante 8 semanas. Además, el efecto de la intervención fue moderado en el seguimiento, 6 meses después. Asimismo, S4 establece que una intervención combinada con Yoga Adaptado a Sobrevivientes de Cáncer (YOCAS) combinada con atención estándar podría ser más efectiva que la atención estándar sola, ya que la fatiga mental disminuyó en los participantes del primer grupo y se mantuvo igual en el segundo. Para finalizar, S5 abre preguntas en cuanto a su comparación de Tai Chi Vs Zumba Gold encontrando que los participantes de Tai Chi redujeron la fatiga mental más que los participantes de Zumba.

En cuanto a la población sana, los adultos que realizaron 10 horas de Euritmia durante 6 semanas desde S2 experimentaron una disminución significativa de la Fatiga Mental. Además, se encontró una correlación entre la reducción de la fatiga mental y cambios saludables en la variabilidad de la frecuencia cardíaca. Además, los participantes del grupo de control (sin intervención) de este estudio experimentaron un aumento de la fatiga mental con el paso del tiempo.

DISCUSIÓN

Los resultados de esta mini revisión sistemática apoyan la idea de que la intervención con ejercicio físico sería efectiva para reducir la fatiga mental en la población adulta. Todos los trabajos analizados mostraron mejoras después de la intervención, enfatizando la importancia de este tipo de intervenciones. Sin embargo, los resultados del análisis de calidad metodológica muestran la necesidad de fortalecer los diseños de futuras investigaciones.

Sobre el ejercicio como intervención, los hallazgos de S1 y S3 respaldan la evidencia disponible sobre los efectos del ejercicio aeróbico en la cognición (Sexton et al., 2020). Por el contrario, la terapia Euritmia (S2), que no está categorizada como aeróbica (Berger et al., 2015), y YOCAS, considerada potencialmente aeróbica-anaeróbica (Govindaraj et al., 2016) también han mostrado resultados positivos en Fatiga Mental. Esto podría estar explicado por que la evidencia sobre el ejercicio aeróbico mejorando la cognición está relacionada al deterioro cognitivo más que a la fatiga mental (Ishii et al., 2014). Esta consideración abre una ventana de investigación en cuanto a los tipos de ejercicio y la combinación con otras características como la concentración o la habilidad para abordar específicamente la fatiga mental. En cuanto a la frecuencia de las sesiones y duración de la intervención, la diversidad de hallazgos sugiere que el tiempo es una variable relacionada con la población, el tipo de ejercicio y la adherencia a la intervención, más que con los efectos sobre la Fatiga Mental. Esto podría ser particularmente útil al momento de diseñar futuras intervenciones con ejercicio físico. Con respecto a la intensidad del ejercicio, el que ningún artículo mencione una intensidad específica hace pensar que la intensidad es adaptable a cada participante o al tipo de ejercicio. Sin embargo, se hace necesario contar con más información al respecto.

En cuanto a la metodología, una característica común en los 5 estudios analizados es que ninguno de ellos mencionó el cegamiento previo de los participantes sobre los objetivos de cada estudio, lo que podría implicar un riesgo de efecto placebo. Otra consideración importante es el proceso de reclutamiento y la aleatorización de participantes. En cuanto a la población y contexto específico, se encontró que la mayor parte de las investigaciones en torno a la Fatiga Mental se realizan en poblaciones relacionadas con alguna enfermedad. El aporte principal de S2 podría ser la intención de investigar la fatiga mental en una población saludable, lo que no es común entre los demás artículos analizados.

Limitaciones

Para mantener un proceso de selección simple, no se utilizaron sinónimos durante la búsqueda en ScienceDirect. La inclusión de otros términos relacionados, como "Actividad física" o "brain fog", podría ampliar el número de artículos examinados y, posiblemente, el número final de estudios analizados. Otra limitación de esta mini Revisión Sistemática fue que no se utilizó una hoja de extracción de datos para cada artículo. En cambio, los datos se recuperaron y compararon directamente en un gráfico general. En una futura revisión, se debería utilizar una ficha de extracción de datos específica para cada artículo que se analice.

En cuanto a la cantidad de evidencia disponible, esta disminuyó drásticamente al evaluar la calidad metodológica de la investigación. Si esta mini Revisión Sistemática hubiera apuntado a incluir únicamente Ensayos Controlados Aleatorios (RCT por sus siglas en inglés), para garantizar un alto nivel de evidencia, el análisis no habría sido posible. Además, los participantes de los estudios incluidos en esta investigación estuvieron relacionados en su mayoría con diferentes tipos de cáncer. Sin embargo, varios estudios realizados en otras poblaciones como el Síndrome de Fatiga Crónica, la Esclerosis Múltiple y la Depresión Posparto fueron excluidos por razones no relacionadas con la población. Estos estudios fueron principalmente investigaciones de factibilidad y propuestas de protocolos; por lo tanto, sería necesario realizar esta misma revisión nuevamente en el futuro, después de que se publiquen los RCT mencionados.

CONCLUSIONES

En líneas generales, el ejercicio físico como intervención parece ser efectivo en el proceso de recuperación de la Fatiga Mental para una población adulta. La evidencia muestra una amplia variedad de ejercicios, frecuencias y duraciones de intervención que se utilizan, incluidos ejercicios aeróbicos y anaeróbicos. Sin embargo, la evidencia disponible no es una garantía, debido a sus necesidades mejora metodológica, y debe ser interpretada con cautela. La mayoría de las intervenciones de esta naturaleza se están investigando en poblaciones relacionadas con el cáncer, aunque es posible que pronto se disponga de investigaciones futuras en otras poblaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

APA. (2022). *psicología_* Diccionario de Psicología de la APA. Recuperado el 1 de marzo de 2022 de https://dictionary.apa.org/fatigue

Armijo-Olivo, S., Stiles, CR, Hagen, NA, Biondo, PD y Cummings, GG (2012). Evaluación de la calidad del estudio para las revisiones sistemáticas: una comparación de la Herramienta de Riesgo de Sesgo de la Colaboración Cochrane y la Herramienta de Evaluación de la Calidad del Proyecto de Práctica de Salud Pública Efectiva: investigación metodológica. *Revista de evaluación en la práctica clínica*, 18(1), 12-18. https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2010.01516.x

Berger, B., Bertram, M., Kanitz, J. y Seifert, G. (2015). "Como entrar en una habitación vacía": efectos de la euritmia terapéutica sobre la percepción del estrés en comparación con una intervención deportiva desde la perspectiva de los sujetos: un estudio cualitativo. *Medicina alternativa y complementaria basada en la evidencia.* https://doi.org/10.1155/2015/856107

Boksem, A. y Tops, M. (2008). Fatiga mental: costes y beneficios. *Revisiones de investigación cerebral,* 59(1), 125-139. https://doi.org/10.1016/j.brainresrev.2008.07.001

Buffart, LM, De Backer, IC, Schepb, G., Vreugdenhil, A. y Bruga, J. (2013). La fatiga media la relación entre la aptitud física y la calidad de vida en los sobrevivientes de cáncer. *Revista de Ciencia y Medicina en el Deporte*, 16, 99-104. http://dx.doi.org/10.1016/j.jsams.2012.05.014

Cantarero-Villanueva, J., Fernandez-Lao, C., Cuesta-Vargas, A., Del Moral-Avila, R., Fernandez- de-las-Peñas, C., & Arroyo-Morales, M. (2013). La eficacia de un programa de ejercicios acuáticos en aguas profundas en la fatiga relacionada con el cáncer en sobrevivientes de cáncer de mama: un ensayo controlado aleatorio. *Archivos de Medicina Física y Rehabilitación,* 94, 221-230. http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2012.09.008

Dimeo, F., Schwartz, S., Wesel, N., Voigt, A. y Thiel, E. (2008). Efectos de un programa de ejercicios de resistencia y resistencia sobre la fatiga persistente relacionada con el cáncer después del tratamiento. *Anales de oncología*, 19(8), 1495-1499. doi:10.1093/annonc/mdn068

Gavelin, HM, Neely, AS, Dunås, T., Eskilsson, T., Järvholm, LS y Boraxbekk, CJ (2020). Fatiga mental en el trastorno de agotamiento relacionado con el estrés: correlatos cerebrales estructurales, características clínicas y relaciones con el funcionamiento cognitivo. *NeuroImage: Clinical,* 27. https://doi.org/10.1016/j.nicl.2020.102337

Govindaraj, R., Karmani, S., Varambally, S. y Gangadhar, BN (2016). Yoga y ejercicio físico: una revisión y comparación. R*evista Internacional de Psiquiatría*, 28(3), 242-253.

Gullo, HL, Fleming, J., Bennett, S. y Shum, DHK (2019). La fatiga cognitiva y física se asocian con distintos problemas en el funcionamiento diario, el desempeño de roles y la calidad de vida en la esclerosis múltiple. E*sclerosis múltiple y trastornos relacionados*, 31. https://doi.org/10.1016/j.msard.2019.03.024

Ishii, A., Tanaka, M. y Watanabe, Y. (2014). Mecanismos neurales de la fatiga mental. *Reseñas en Neurociencias*, 25 (4), 469-479. https://doi.org/10.1515/revneuro-2014-0028

Kanitz, JL, Pretzer, K., Reif, M., Witt, K., Reulecke, S., Voss, A., Längler, A., Henze, G. y Seifert, G. (2012). El impacto de la terapia con euritmia sobre la fatiga en adultos sanos: un ensayo controlado. *Revista Europea de Medicina Integrativa*, 4, 289-297. doi:10.1016/j.eujim.2012.02.006

Kasim, NF, Van Zantena, JV y Aldreda, S. (2020). El Tai Chi es una forma eficaz de ejercicio para reducir los marcadores de fragilidad en la vejez. *Gerontología Experimental*, 135. https://doi.org/10.1016/j.exger.2020.110925

Sexton, CE, Betts, JF, Dennis, A., Leeson, P., Holloway, C., Dall'Armellina, E., Winkler, AM, Demnitz, N., Wassenaar, T., Dawes, H. y Johansen-Berg, H. (2020). Los efectos de una intervención de entrenamiento aeróbico sobre la cognición, los volúmenes de materia gris y la microestructura de la materia blanca. *Fisiología y comportamiento*, 223. https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2020.112923

Sprod, LK, Fernandez, ID, Janelsins, M., Peppone, LJ, Atkins, JN, Giguere, J., Block, R. y Mustian, KM (2015). Efectos del yoga sobre la fatiga relacionada con el cáncer y la carga global de efectos secundarios en sobrevivientes de cáncer mayores. *Revista de Oncología Geriátrica,* 6, 8-14. http://dx.doi.org/10.1016/j.jgo.2014.09.184

Stillman, CM, Esteban-Cornejo, I., Brown, B., Bender, CM y Erickson, KI (2020). Efectos del ejercicio sobre el cerebro y la cognición en grupos de edad y estados de salud. *Tendencias en Neurociencias*, 43. https://doi.org/10.1016/j.tins.2020.04.010

Visser-Keizer, AC, Hogenkamp, A., Westerhof-Evers, HJ, Egberink, IJL y Spikman, JM (2015). Escala holandesa de fatiga multifactorial: una nueva escala para medir los diferentes aspectos de la fatiga después de una lesión cerebral adquirida. *Archivos de Medicina Física y Rehabilitación*, 96. https://doi.org/10.1016/j.apmr.2014.12.010

Apéndices:

Apéndice A: Criterios de inclusión/exclusión

	Título menciona:
Incluido:	-Intervención -Fatiga -Fatiga mental
Excluidos:	-Revisión sistemática -Metaanálisis -Sólo enfoques farmacológicos -Metodología cualitativa

Apéndice B: Criterios de inclusión/exclusión de selección de abstract (PICO)

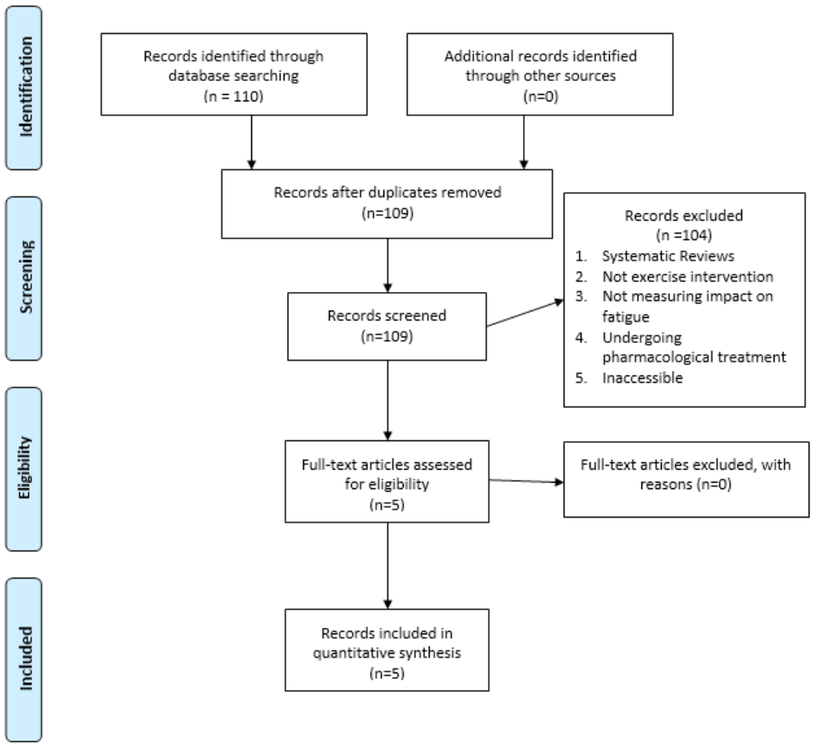
Pregunta: ¿Son efectivas las intervenciones de ejercicio para reducir la fatiga mental en adultos sanos?

Población	Intervención	Comparación	Resultado
Adultos (+18)	Ejercicio Actividad física	Sin ejercicio	Fatiga mental reducida

Criterios de inclusión/exclusión (basados en lo anterior)

	Incluir	Excluir
Población	Adultos	Cuidados paliativos En tratamiento farmacológico
Intervención	Ejercicio Actividad física	Farmacológica
Comparación	Sin ejercicio Intervención estándar Otros ejercicios	
Resultados relevantes	Reducción de la fatiga mental	
Tipos de estudios	Intervenciones Cuantitativas	Revisiones sistemáticas Estudios de factibilidad Cualitativas

Apéndice C: Diagrama de flujo Prisma



ALAMOC Diciembre 2022 | Ed. N°: 009 www.alamoc-web.org

Apéndice D: Tabla de extracción de datos

Author and Study Title	Participants	Methodology	Intervention Details	Relevant Findings
Dimeo et al. (2008) Effects of an endurance and resistance exercise program on persistent cancer-related fatigue after treatment	32 cancer survivors (different types of cancer) Mean age: 52 Ethnicity not reported	Quantitative Pretest – Post test trial	Endurance (30 min walking on treadmill) and resistance/coordination exercises for the major muscle groups 3 weeks. Unspecified number of sessions a week.	Reduction of mental and physical fatigue Wilcoxon test Mental Fatigue (pre 2.2±0.7, post 1.6±0.8, P = 0.01)
Kanitz et al. (2012) The impact of eurythmy therapy on fatigue in healthy adults-A controlled trial	68 healthy adults Mean age: 42.2 Ethnicity not reported	Quantitative Pretest – post test Two-arm parallel-group: Intervention Vs Control (no intervention)	Eurythmy Therapy 10 hours over 6 weeks	Mental Fatigue decreased in the intervention group (pre-mean, 43.07, post-mean 38.66) while it increased in the control group (pre-mean, 43.07, post-mean 38.66) with an effect-size of d=0.62 (Cohen's d) Correlation between the reduction of Mental Fatigue and changes in Heart Rate Variability
Cantarero-Villanueva et al (2013) The effectiveness of a deep-water aquatic exercise program in cancer-related fatigue in breast cancer survivors: A randomized controlled trial	68 breast cancer survivors Mean age: 49 Ethnicity not reported	Quantitative RCT 2x3 factorial design comparing intervention (Aquatic) Vs usual care: before, after intervention and 6 months after discharge	Aquatic Exercise 3 times a week per 8 weeks. 60 min per session, with 40 min focused on aerobic exercises.	Large effect for the Mental Fatigue after intervention (d=.81; 95%) and moderate effect at 6-month follow up (d=.73; 95%).
Sprod et al. (2015) Effects of yoga on cancer-related fatigue and global side-effect burden in older cancer survivors	53 Vs 44 Cancer survivors Mean Age 67.91 Race and Ethnicity categorized	Quantitative Secondary Data analysis of previous RCT (post-hoc) Standard care Vs Standard Care + YOCAS	Yoga for Cancer Survivors: YOCAS©® 4 weeks	ANCOVA comparing the total fatigue mean with the subscales at post-intervention Significant decrease in Mental Fatigue (p<0.01) on the intervention group.
Kasim et al. (2020) Tai Chi is an effective form of exercise to reduce markers of frailty in older age	21 healthy adults Age: 65-75 years old. Mean not mentioned. Ethnicity not reported	Quantitative Pre, mid and posttest in 2 randomized groups Tai Chi Vs Zumba Gold	Tai Chi and Zumba Gold 12 weeks, 3 times per week, 1 hour	Mental Fatigue decreased more after Tai chi (9.7 to 7.0 p=0.04) than after Zumba Gold.

Apéndice E: Herramienta de evaluación de calidad para estudios cuantitativos - QATQS

QUALITY ASSESSMENT TOOL FOR QUANTITATIVE STUDIES

EPHPP
Effective Public Health Practice Project

COMPONENT RATINGS

A) SELECTION BIAS

(Q1) Are the individuals selected to participate in the study likely to be representative of the target population?
1 Very likely
2 Somewhat likely
3 Not likely
4 Can't tell

(Q2) What percentage of selected individuals agreed to participate?
1 80 - 100% agreement
2 60 – 79% agreement
3 less than 60% agreement
4 Not applicable
5 Can't tell

RATE THIS SECTION	STRONG	MODERATE	WEAK
See dictionary	1	2	3

B) STUDY DESIGN

Indicate the study design
1 Randomized controlled trial
2 Controlled clinical trial
3 Cohort analytic (two group pre + post)
4 Case-control
5 Cohort (one group pre + post (before and after))
6 Interrupted time series
7 Other specify .....
8 Can't tell

Was the study described as randomized? If NO, go to Component C.
No Yes

If Yes, was the method of randomization described? (See dictionary)
No Yes

If Yes, was the method appropriate? (See dictionary)
No Yes

RATE THIS SECTION	STRONG	MODERATE	WEAK
See dictionary	1	2	3

ALAMOC Diciembre 2022 | Ed. N°: 009 www.alamoc-web.org

C) CONFOUNDERS

(Q1) Were there important differences between groups prior to the intervention?
1 Yes
2 No
3 Can't tell

The following are examples of confounders:
1 Race
2 Sex
3 Marital status/family
4 Age
5 SES (income or class)
6 Education
7 Health status
8 Pre-intervention score on outcome measure

(Q2) If yes, indicate the percentage of relevant confounders that were controlled (either in the design (e.g. stratification, matching) or analysis)?
1 80 – 100% (most)
2 60 – 79% (some)
3 Less than 60% (few or none)
4 Can't Tell

RATE THIS SECTION	STRONG	MODERATE	WEAK
See dictionary	1	2	3

D) BLINDING

(Q1) Was (were) the outcome assessor(s) aware of the intervention or exposure status of participants?
1 Yes
2 No
3 Can't tell

(Q2) Were the study participants aware of the research question?
1 Yes
2 No
3 Can't tell

RATE THIS SECTION	STRONG	MODERATE	WEAK
See dictionary	1	2	3

E) DATA COLLECTION METHODS

(Q1) Were data collection tools shown to be valid?
1 Yes
2 No
3 Can't tell

(Q2) Were data collection tools shown to be reliable?
1 Yes
2 No
3 Can't tell

RATE THIS SECTION	STRONG	MODERATE	WEAK
See dictionary	1	2	3

F) WITHDRAWALS AND DROP-OUTS

(Q1) Were withdrawals and drop-outs reported in terms of numbers and/or reasons per group?

1 Yes
2 No
3 Can't tell
4 Not Applicable (i.e. one time surveys or interviews)

(Q2) Indicate the percentage of participants completing the study. (If the percentage differs by groups, record the lowest).

1 80 -100%
2 60 - 79%
3 less than 60%
4 Can't tell
5 Not Applicable (i.e. Retrospective case-control)

RATE THIS SECTION	STRONG	MODERATE	WEAK	
See dictionary	1	2	3	Not Applicable

G) INTERVENTION INTEGRITY

(Q1) What percentage of participants received the allocated intervention or exposure of interest?

1 80 -100%
2 60 - 79%
3 less than 60%
4 Can't tell

(Q2) Was the consistency of the intervention measured?

1 Yes
2 No
3 Can't tell

(Q3) Is it likely that subjects received an unintended intervention (contamination or co-intervention) that may influence the results?

4 Yes
5 No
6 Can't tell

H) ANALYSES

(Q1) Indicate the unit of allocation (circle one)

community organization/institution practice/office individual

(Q2) Indicate the unit of analysis (circle one)

community organization/institution practice/office individual

(Q3) Are the statistical methods appropriate for the study design?

1 Yes
2 No
3 Can't tell

(Q4) Is the analysis performed by intervention allocation status (i.e. intention to treat) rather than the actual intervention received?

1 Yes
2 No
3 Can't tell

ALAMOC Diciembre 2022 | Ed. N°: 009
www.alamoc-web.org

Apéndice F: Resultados de QATQS

	Methodological quality assessment of included studies									
	Author / Year	Selection Bias	Study Design	Confounders	Blinding	Data Collection Method	Withdrawals and drop outs	Intervention Integrity	Analysis	Global Quality Rating
1	Dimeo et al. (2008)	Moderate	Weak	Moderate	Weak	Strong	Strong	Strong	Strong	**Moderate**
2	Kanitz et al. (2012)	Moderate	Weak	Weak	Weak	Strong	Moderate	Moderate	Strong	**Weak**
3	Cantarero-Villanueva et al(2013)	Strong	Strong	Strong	Weak	Strong	Strong	Strong	Strong	**Strong**
4	Sprod et al. (2015)	Moderate	Strong	Moderate	Weak	Strong	Strong	Strong	Strong	**Moderate**
5	Kasim et al. (2020)	Moderate	Moderate	Moderate	Weak	Strong	Strong	Strong	Strong	**Moderate**

ALAMOC

ASOCIACION LATINOAMERICANA DE ANALISIS, MODIFICACION DEL COMPORTAMIENTO Y TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL
Intergrante de la WCCBT

COGNICIÓN Y
COMPORTAMIENTO

Web:
www. alamoc-web.org